

**UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. LYON - NORD**

Année 1980 - N° 10

LA CURE D'AMAIGRISSEMENT : VECU PSYCHOLOGIQUE ET IMAGE DU CORPS

Clinique Endocrinologique de L'Université Claude-Bernard .

Professeur P. Guinet.

Professeur. J. Tourniaire.

Hopital de L'Antiquaille Lyon.

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON

et soutenue publiquement le 10 Janvier 1980

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Colette MONNIER ép. COMBE

Née le 18 Février 1950

à NANCY. (Meurthe et Moselle)

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MÉDECINE
U. E. R. LYON - NORD

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554207_0045

UNIVERSITE CLAUDE-BERNARD - LYON
- MEDECINE -
U. E. R. LYON - NORD

Année 1980 - N° 10

LA CURE D'AMAIGRISSEMENT : VECU PSYCHOLOGIQUE ET IMAGE DU CORPS

Clinique Endocrinologique de L'Université Claude-Bernard .
Professeur P. Guinet. Professeur. J. Tourniaire.
Hopital de L'Antiquaille Lyon.

THESE

présentée

à l'Université Claude-Bernard - LYON
et soutenue publiquement le 10 Janvier 1980
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
par

Colette MONNIER ép. COMBE

Née le 18 Février 1950

à NANCY. (Meurthe et Moselle)

ACADEMIE DE LYON
Université Claude Bernard
U.E.R. FACULTÉ DE MÉDECINE
LYON - NORD

8, avenue Rockefeller
69373 LYON CEDEX 2

Tél. (7) 875.81.14
Secrétariat Poste 379

TABEAU DU PERSONNEL DE L'UNIVERSITE

Président de l'Université : Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-président : Professeur E. ELBAZ

Deuxième Vice-président : M. E. OUDIN

Troisième Vice-président : Melle A. ECHALON

Secrétaire général : M. J. RAMBAUD

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MÉDECINE Grange Blanche : Directeur : Professeur SALLE
Alexis Carrel : Directeur : Professeur MORNEX
Lyon-Sud : Directeur : Professeur NORMAND
Lyon-Nord : Directeur : Docteur NEIDHARDT J.P. (M.C.A.)
Directeur honoraire : Professeur BERTOYE A.

BIOLOGIE HUMAINE : Directeur Docteur REVILLART J.P. (M.C.A.)

TECHNIQUES DE READAPTATION : Directeur Professeur MORGON A.

SCIENCES PHARMACEUTIQUES : Directeur Professeur BIZOLLON C. A.

SCIENCES ODONTOLOGIQUES : Directeur Docteur VINCENT R.

INSTITUT REGIONAL D'EDUCA-

TION PHYSIQUE ET SPORTIVE : Président du Conseil de l'U.E.R. : M. le Docteur COMTET J.J (M)
Directeur M. MILLON A.

MATHEMATIQUES : Directeur Professeur Ph. PICARD

PHYSIQUE : Directeur J. DELMAU

CHIMIE et BIOCHIMIE : Directeur Professeur HUET J.

SCIENCES DE LA NATURE : Directeur Professeur R. GINET

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES : Directeur Melle le Professeur WORBE J.F.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE

TECHNOLOGIE N° 1 : Directeur M. VILLE A. (Maître de Conférences)

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE

TECHNOLOGIE N° 2 : Directeur M. GALLET J.

Directeur E.N.S.A.M.

OBSERVATOIRE : Directeur M. MONNET Guy (Astronome adjoint)

PHYSIQUE NUCLEAIRE : Directeur Professeur GUSAKOW

MECANIQUE : Directeur Melle le Professeur COMTE BELLOT

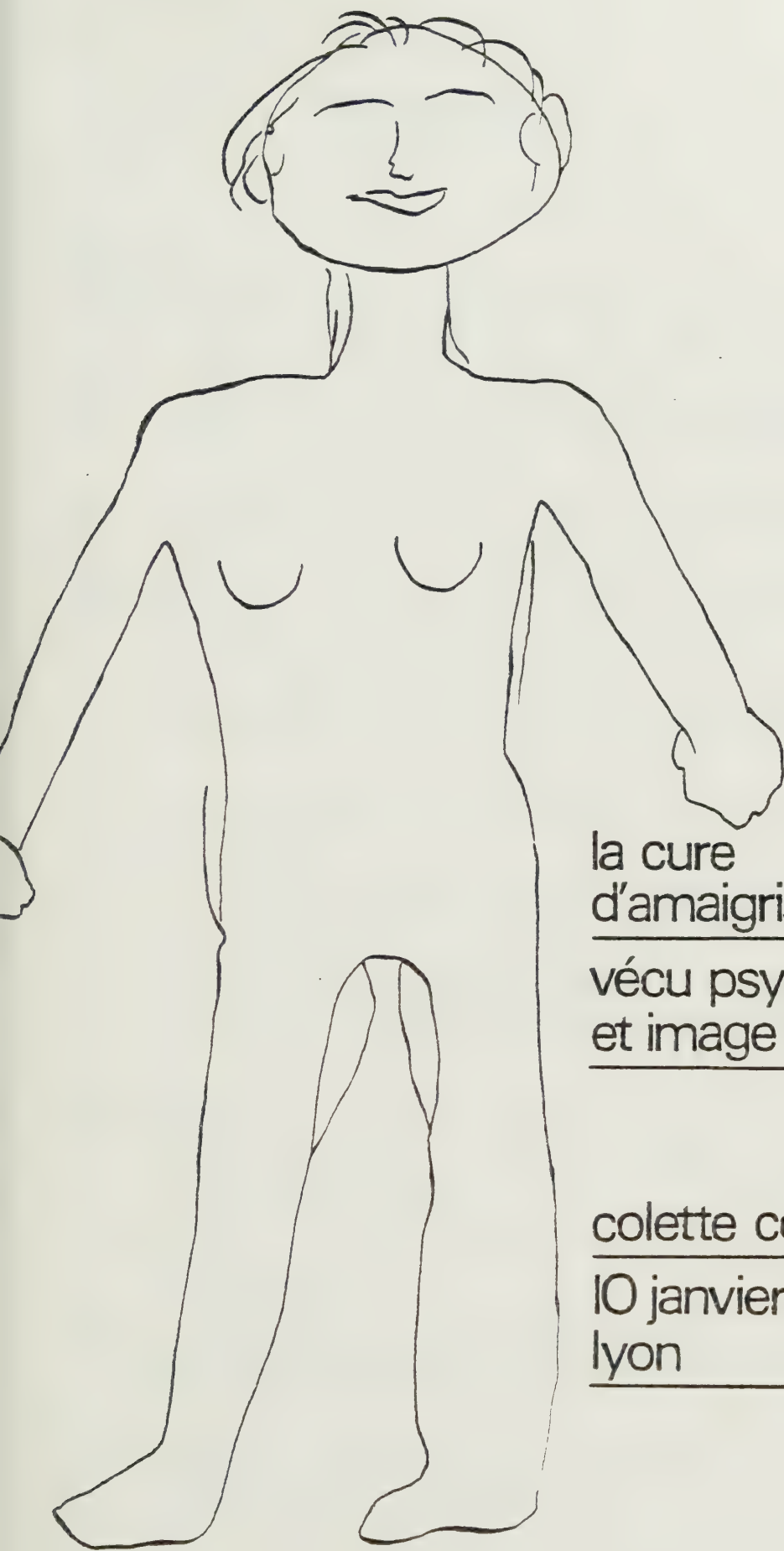
---ooooo00000ooooo---

Examineurs de la thèse :

Président : Monsieur le Professeur J. TOURNIAIRE

Assesseurs : Monsieur le Professeur P. GUINET
Monsieur le Professeur G. NOEL
Monsieur le Professeur P. VEDRINNE

A ceux qui m'ont fait aimer
l'art de la médecine
et l'art de la vie



la cure
d'amaigrissement
vécu psychologique
et image du corps

colette combe
10 janvier 1980
lyon



SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION.	1
- PREMIERE PARTIE : LE VECU PSYCHOLOGIQUE DE LA CURE D'AMAIGRISSEMENT . . .	4
I - Texte écrit par une femme hospitalisée.	5
II - Description des conditions de cure.	8
III - Description du profil psychologique des malades.. . . .	14
IV - Les conditions de départ de la cure en fonction des facteurs de risque psychologique	20
V - Les différentes phases de la cure d'amaigrissement.	27
VI - Les réponses affectives à la cure d'amaigrissement.	35
VII - L'originalité de l'obèse en cure.	41
- DEUXIEME PARTIE : ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE DE L'IMAGE DU CORPS	46
I - Historique de la notion d'image du corps.. . . .	47
A - Abords philosophique, neurologique et psychologique de l'image du corps.. . . .	50
B - Discussion : Différences conceptuelles, différences méthodolo- giques et moyens d'étude de l'image du corps.. . . .	66
II - L'image du corps dans l'obésité.	75
A - L'image du corps chez la femme obèse à travers le dessin de la personne.. . . .	76
B - L'image que l'obèse a de l'apparence physique de son corps à travers l'entretien de face à face.. . . .	78
C - Etude ponctuelle de l'image du corps chez 189 obèses, en fonc- tion de l'âge de début de l'obésité.	81
D - Etudes longitudinales de l'image du corps chez l'obèse, avant, pendant et après l'amaigrissement en fonction de l'âge de début de l'obésité.. . . .	82
- TROISIEME PARTIE : ETUDE CLINIQUE DE 12 OBSERVATIONS	91
I - Obésité et trouble de l'image du corps :	92
Pronostic de la cure en fonction de l'âge de début de l'obésité - observations 1 à 5 -	
II - Obésité et dépression :.	121
Pronostic de la cure en fonction de l'intensité du trouble de l'ima- ge du corps. - observations 6 à 9 -	
III - La poursuite de la cure d'amaigrissement :	145
Réactions affectives tardives et image du corps - observations 10 à 12 -	
- QUATRIEME PARTIE : PERSPECTIVES	164
I - Perspectives thérapeutiques	165
II - Perspectives de recherche.	170
CONCLUSIONS	171
BIBLIOGRAPHIE	173

INTRODUCTION

Dans nos premiers contacts hospitaliers avec le problème clinique de l'obésité, nous avons été frappé par 4 points :

1°/ l'ignorance dans laquelle nous sommes sur l'étiologie et l'étiopathogénie de l'obésité :

- est-ce une maladie, un symptôme ou un syndrome ?
- est-ce une maladie organique ou une maladie psychosomatique (certains grossissent quand ils ont des soucis comme d'autres font un ulcère gastroduodénal) ?
- y a-t-il une obésité ou des obésités (par exemple une obésité constitutionnelle et une obésité psychogène) ?

La multiplicité des hypothèses possibles, et l'absence de vue synthétique semblaient témoigner d'une méconnaissance actuelle du problème. L'obésité était-elle le témoin de notre ignorance comme avaient pu l'être autrefois la syphilis ou la tuberculose ? Nous prenions une leçon d'humilité médicale.

2°/ l'impossibilité, face à un patient obèse, d'établir un pronostic sûr quant à l'échec ou à la réussite de la cure d'amaigrissement :

Globalement, celui-ci nous apparaissait très sombre : 80 % des obèses traités reprennent le poids perdu dans les 5 ans. (BRAY 1976, [15]).

Objectivement, les statistiques semblaient difficiles à établir : beaucoup de patients disparaissent sans qu'on puisse suivre leur évolution pondérale.

Pragmatiquement, nous manquions de critères pour l'établissement d'un pronostic.

3°/ les difficultés du traitement :

Devant la multiplicité des traitements médicamenteux, des régimes ou

des procédés commerciaux, comment distinguer le produit médicalement justifié du fallacieux ? Nous étions frappé par le découragement des patients après de nombreuses tentatives de régime et de nombreuses reprises pondérales tout aussi déprimantes pour le médecin que pour le malade.

4°/ la réputation des obèses d'être des malades difficiles à aborder,

souvent déprimés et las ou énervés et agressifs, des malades épuisants pour lesquels on pouvait dépenser beaucoup d'énergie pour peu de résultats.

Nous voulions chercher :

1. S'il était possible de trouver des critères de pronostic afin de consacrer plus de temps aux cas traitables.

2. s'il était possible d'améliorer le pronostic en adaptant le traitement à chaque cas dans l'hypothèse où il existe plusieurs types d'obésité.

Nous avons décidé de consacrer notre effort à l'étude des obésités dites psychogènes à la suite de deux constatations cliniques :

1. l'apparente similitude des histoires de la maladie lors de l'interrogatoire, avec une fréquence d'incidence des événements psychoaffectifs sur la courbe du poids (problèmes familial ou conjugal, événement de la vie génitale chez les femmes).

2. les modifications de la courbe de poids selon les semaines d'hospitalisation (pente rapide la 1ère semaine, absence de pente la 2ème, puis à nouveau pente rapide parfois la 3ème) alors que le régime hypocalorique reste le même,

et la fréquente association d'un état d'anxiété aux périodes de stagnation du poids.

Nous nous sommes demandé si les obèses (à l'image de certains diabétiques difficiles à équilibrer parce qu'ils refusent d'accepter leur diabète, d'apprendre à se traiter ou font des écarts pour se prouver qu'ils ne sont pas diabétiques) ne rencontreraient pas des difficultés devant la cure d'amaigrissement en raison d'un refus de leur obésité.

Ceci nous a amené à tenter de voir en quoi l'obèse pouvait refuser d'accepter son obésité. Et nous nous sommes vite aperçu qu'il était difficile d'accepter d'avoir un corps gros, d'autant plus que l'obèse vient souvent consulter à la demande de son entourage plus que de sa propre initiative.

Nous avons donc cherché à voir si le pronostic des obésités psychogènes était fonction :

- des difficultés psychologiques à accepter et vivre la cure d'amaigrissement ;
- des difficultés psychologiques à vivre dans un corps d'obèse et à accepter ce corps.

Pour ce travail sur la cure d'amaigrissement, vécu psychologique et image du corps, trois recherches ont été nécessaires :

1°/ une étude du déroulement de la cure d'amaigrissement sur trente patientes,

afin de comprendre quel en est le vécu psychologique au fur et à mesure de l'hospitalisation ;

2°/ une étude bibliographique de l'image du corps en général et de l'image du corps dans l'obésité,

afin de comprendre ce qu'on entend par image du corps, comment cette notion s'est élaborée historiquement et quels en sont les moyens d'étude, particulièrement ceux applicables à notre travail ;

3°/ une étude clinique détaillée, sur douze cas, du vécu psychologique de la cure, et de l'image du corps,

afin de voir si ces deux aspects avaient une incidence sur la perte de poids et s'il était possible d'en déduire des critères de pronostic adaptables à d'autres cas ultérieurement.



PREMIERE PARTIE

LE VECU PSYCHOLOGIQUE DE LA CURE D'AMAIGRISSEMENT

L'étude du vécu psychologique de la cure d'amaigrissement, chez 30 femmes adultes hospitalisées dans le service de clinique endocrinologique, nous permet de souscrire à l'opinion des auteurs anglo-saxons selon laquelle il n'y a pas de personnalité type de l'obèse.

Les difficultés psychologiques, auxquelles ces patientes vont être confrontées en cours de traitement, nous semblent identiques à celles rencontrées chez toute personne de poids normal, soumise à une restriction alimentaire sévère.

Deux points toutefois nous apparaissent spécifiques de l'obésité :

- l'aggravation des difficultés rencontrées en fonction de l'ancienneté du trouble, et de son début dans l'enfance ou au moment de la puberté.

- l'importance, dans leur déterminisme, des perturbations de l'image du corps.



CHAPITRE I

TEXTE ECRIT

PAR UNE FEMME OBESSE HOSPITALISEE POUR CURE D'AMAIGRISSEMENT

"Ce que je ressentais avant d'entrer à l'hôpital"

Le fait d'avoir pris conscience que j'avais grossi de 30 kg, depuis que j'étais à Lyon, en 4 ans et demi, m'a énormément changée tant sur le plan physique bien sûr, que sur le plan moral et équilibre nerveux.

Au bureau, parce que l'on se moquait de moi, je n'osais plus venir travailler, j'étais devenue agressive, et parfois, il m'arrivait même de pleurer en cachette (aux toilettes).

Lorsque mon mari ne pouvait pas m'accompagner ou venir me chercher au travail, je prenais un taxi, car prendre le car m'était devenu pénible parce que les gens me regardaient.

Le week-end, je ne sortais jamais de chez moi, là, au moins on ne me voyait pas, et surtout je ne sentais plus les regards des gens sur moi.

J'étais très malheureuse, j'avais honte de moi, et lorsqu'il fallait que je m'habille, c'était pire encore, car je ne trouvais rien à ma taille. Je crois, que si je n'avais pas eu mes enfants, j'aurais fait une "bêtise" irréparable.

Remariée depuis un an, je me demandais si mon mari m'avait épousée par amour ou par intérêt. Qu'est-ce qui pouvait lui plaire en moi ? Combien de fois me suis-je posé la question :

- grasse, laide, plus âgée que lui,
- lui, mignon, plus jeune, et pas gros,

à tel point que nos rapports se dégradèrent.

Lorsque nous sortions pour faire les courses, je me mettais toujours à l'écart, ou des fois, j'avais l'impression que c'était lui.

Vous ne pouvez pas savoir lorsqu'on est "obèse" ce que l'on souffre ; et on ne trouve personne pour nous aider et nous soutenir moralement.

Je crois qu'un obèse est un être fragile, mais la méchanceté des gens ne l'épargne pas.

"Ce que j'ai ressenti une fois hospitalisée" :

Le plus important c'est que les gens ne se moquent pas de nous ; aussi bien les malades, médecins, infirmières, personnel du Service ; pour eux, nous sommes des personnes comme les autres, à part qu'un tel ou une telle a 30, 20 etc... kg à perdre.

Par la suite, une paix intérieure, une sérénité est venue en moi. J'ai pu faire le point sur beaucoup de plans : travail, ménage, etc... dans le plus grand calme. J'ai eu comme une impression de revivre, et j'ai accepté de supporter mes kilos en trop, et j'ai accepté l'idée que petit à petit, avec de la patience, de la volonté et l'aide maintenant de mon entourage, je les perdrai.

Ce qui m'a fait le plus de bien, c'est que j'ai pu m'exprimer comme une femme normale avec le Docteur... ; et malheureusement, un obèse ne peut plus communiquer avec les gens normaux, car on le met à l'écart, et petit à petit, c'est lui qui se retranche totalement d'avec les autres personnes.

Mon séjour à l'hôpital m'a fait énormément de bien :

- parce que j'ai perdu 12 kg,
- mais surtout j'ai l'impression de revivre.

"Ce que j'aimerais être, une fois tous mes kilos envolés" :

Bien sûr, je ne pourrai pas retrouver mes 29 ans, lorsque je pesais 68 kg, mais quand même, je peux redevenir un peu ce que j'étais avant d'avoir tant grossi :

- gaie, heureuse, être bien dans sa peau, pouvoir m'habiller comme je le désire, ne plus avoir honte de moi, et surtout pouvoir me montrer avec mes enfants. A l'école, on ne me connaît pas, car je ne veux pas que mes enfants aient honte de moi devant leurs petits camarades.

- pouvoir faire connaissance avec ma belle-famille, car tant que je suis grasse, je ne veux pas qu'ils me connaissent (500 km nous séparent heureusement). J'ai peur que les frères et soeurs de mon mari lui disent :

"t'as vu ce que tu as épousé ?" et qu'ils se moquent de moi."

Texte écrit le 27 juin 1979, une semaine après sa sortie du Service par Mme B..., 34 ans, rédactrice dans les assurances, et qui présente un excès pondéral (à l'entrée, le 1er juin 1979) : 102 kg pour 1,66 m, depuis 3 ans, au déclenchement psychogène intriqué à :

- . un contexte dépressif, TS en 1977 après IVG et ligature de trompe ;
- . une spasmophilie ;
- . un syndrome prémenstruel
dans un contexte familial d'excès pondéral (père, soeur, frère jumeau).

Hospitalisation de 15 jours avec :

- . régime à 1400 calories, repos, boissons abondantes ;
- . traitement antidépresseur par Anafranil ;
- . soutien psychologique par trois entretiens.

Perte de poids de 12 kg en trois semaines.

Consultation psychologique une semaine après la sortie, c'est à cette occasion qu'elle apporte ce texte, après avoir exprimé le souhait en fin d'hospitalisation de mettre par écrit ses impressions.



CHAPITRE II

DESCRIPTION DES CONDITIONS DE CURE

A - LES PRINCIPES GENERAUX DE LA CURE D'AMAIGRISSEMENT SONT HYGIENO-DIETETIQUES UNIQUEMENT :

1 - UN REGIME ALIMENTAIRE HYPOCALORIQUE

- équilibré (Protides, Lipides, Glucides)
- autour de 1 000 calories par jour,
pouvant descendre, en milieu hospitalier jusqu'à 800 calories, après une semaine d'hospitalisation le plus souvent,
pouvant monter, en ambulatoire, jusqu'à 1 200 à 1 500 calories par jour selon les conditions de vie et de travail.
- réparti en trois repas,
(on sait la propension des obèses à ne pas prendre de petit déjeuner, ou à sauter un repas dans la journée).
- varié d'un jour à l'autre, et bien présenté,
afin d'éviter la monotonie, et de donner à la personne la possibilité de connaître un large éventail de menus qu'elle pourra reproduire à domicile, et de comprendre qu'un régime hypocalorique ne veut pas dire une alimentation insipide. Il est fondamental de respecter la gourmandise des obèses pour envisager un régime de longue durée.

○ respectant un volume alimentaire suffisant :

Il ne s'agit pas de présenter deux feuilles de salade perdues sur une assiette, et de faire croire que manger hypocalorique veut dire ne rien manger ou très peu. L'obèse a besoin d'un volume alimentaire honorable, c'est un des éléments de poursuite à long terme de la cure.

Manger hypocalorique ne signifie pas manger deux carottes cuites à l'eau à chaque repas !

2 - UNE RATION HYDRIQUE ABONDANTE : DEUX LITRES D'EAU PAR JOUR ENVIRON.

L'obèse, nous l'avons constaté dans plus de 90 % des cas, ne boit pas d'eau. Cette condition est difficile à faire admettre, et rarement respectée d'emblée, c'est pourquoi il est nécessaire d'informer le patient sur son utilité pour couper la faim et pour favoriser une meilleure filtration rénale, ces deux facteurs activant la perte de poids.

L'hospitalisation peut être mise à profit pour sensibiliser la personne à son importance, en lui donnant l'occasion de l'expérimenter et d'en prendre l'habitude.

En ambulatoire, on peut varier sa présentation par l'utilisation de tisanes et de thés.

La répartition des boissons tout au long de la journée est fondamentale : au lever, à 10 heures, à 16 h, au coucher, ainsi qu'à chaque repas.

Boire doit devenir une habitude pour devenir un besoin.

3 - LE REPOS ET LA DETENTE :

ce qui veut dire :

- un sommeil de 9 h par nuit ;
- une sieste d'une heure dans la journée ;
- la détente psychologique, si possible.

C'est une condition difficile à faire comprendre et appliquer :

- d'abord parce que la pensée commune veut que bouger fasse maigrir,
et réciproquement. C'est vrai et faux :

- . effectivement on conseille, en ambulatoire, une demi-heure d'exercice physique par jour, sous forme de marche, vélo, natation ou gymnastique... Le plus simple est de suggérer à la personne de garer sa voiture assez loin de son lieu de travail et de faire le reste à pied, quand elle ne peut pas se libérer une demi-heure, pour pratiquer un sport.
- . mais le reste du temps, une agitation fébrile est à proscrire, en raison de la tension nerveuse qu'elle crée. L'arrêt d'une heure dans la journée facilite le retour au calme physique et psychique. L'obèse a souvent tendance à s'agiter, par exemple à se lever de table toutes les deux minutes, alors que son poids est une source de fatigue à chaque geste ; imaginons une personne de poids normal qui porterait du matin au soir un sac de sable sur les épaules de 10, 20 ou 30 kg.

○ ensuite parce que cela demande un changement d'habitudes acquises de longue date :

- . souvent pour meubler le temps qui s'écoule lentement pour une femme obèse qui ne travaille pas à l'extérieur et réduit ses sorties au minimum afin de limiter les affronts ;
- . souvent pour lutter contre l'ennui ;
- . parfois pour ne pas laisser dire que son poids l'empêche d'être active.

Le déconditionnement, et l'acquisition de nouvelles habitudes seront facilités si la personne a pu, durant l'hospitalisation, constater l'effet bénéfique du repos sur la courbe de poids, et défavorable d'un mauvais moral ou d'un épuisement, alors que les conditions alimentaires sont restées identiques.

4 - EVENTUELLEMENT, L'ADJONCTION D'UNE MEDICATION ANXIOLYTIQUE OU ANTI-DEPRESSIVE, A L'EXCLUSION DE TOUTE MEDICATION ACTIVE SUR LA PERTE DE POIDS (ANOREXIGENE, EXTRAITS THYROÏDIENS...)

- anxiolytiques et anti-dépresseurs sont nécessaires pour remplir la troisième condition (repos, détente psychologique) en cas d'anxiété, de symptômes dépressifs, soit réactionnels à la cure d'amaigrissement soit antérieurs à elle.
- par contre, sont proscrits les "remèdes miracles" qui font maigrir sans effort, entraînent l'obèse dans un cercle d'illusions où maigrir n'est plus son affaire, amènent une reprise pondérale rapide à l'arrêt du traitement, et aggravent l'état anxio-dépressif.

B -

L'INDICATION D'HOSPITALISATION REPOSE SUR L'EXISTENCE DE FACTEURS DE RISQUES SOMATIQUE OU PSYCHOLOGIQUE :

Devant une demande de cure d'amaigrissement, dont la motivation peut être :

- somatique (poussée par des problèmes de santé...)
- sociale (poussée par le rejet social)
- psychoaffective (attente d'une modification de sa vie personnelle, affective, sexuelle...).

l'hospitalisation est proposée s'il existe :

1 - UN RISQUE SOMATIQUE :

- obésité compliquée par une Hypertension Artérielle, un Diabète, une Hyperlipémie, pour lesquels un bilan s'impose.
- intervention chirurgicale ou grossesse qui nécessitent la réduction préliminaire de l'obésité.

2 - UN RISQUE PSYCHOLOGIQUE :

- soit qu'il contre-indique formellement d'entreprendre une cure d'amaigrissement avant sa réduction (c'est le cas des dépressions nerveuses en cours),
- soit qu'il fasse redouter l'échec de la cure si celle-ci a lieu en ambulatoire.

Nous avons pu, à travers l'étude de 30 patientes hospitalisées, et à travers la recherche bibliographique, mettre en évidence cinq critères de hauts risques psychologiques, que nous reprendrons en détail avec l'exposé des aspects psychologiques de la cure.

1. entourage défavorable
2. obésité sévère (plus de 100 kg chez une femme de 1,60 m)
3. obésité ancienne (dont l'installation s'est effectuée avant l'âge de 18 ans)
4. état dépressif associé, ou antécédents dépressifs.
5. troubles émotionnels consécutifs aux essais d'amaigrissement antérieurs.

CRITERES DE HAUTS RISQUES ψ

- obésité sévère
- début de l'obésité avant 18 ans
- antécédents dépressifs
- troubles émotionnels associés aux amaigrissements antérieurs
- entourage défavorable

C - LA DUREE DE LA CURE D'AMAIGRISSEMENT EST VARIABLE

1 - L'HOSPITALISATION DURE EN MOYENNE DEUX A TROIS SEMAINES,

dans les 30 cas que nous avons observés, les extrêmes étant 6 jours et 32 jours.

Cette différence tient compte :

- des obligations familiales ou professionnelles des patientes ;
- de leur demande ;
- des raisons qui ont motivé l'hospitalisation.

Une durée supérieure à trois semaines s'observe dans les cas d'entourage défavorable, où l'hospitalisation permet un isolement (comme dans les cas d'anorexie mentale). La coupure ainsi créée allège l'état de tension nerveuse, dédramatise la situation, et permet la mise en route d'une thérapie de soutien à poursuivre en ambulatoire, et une chute pondérale notable.

Une durée inférieure à deux semaines s'observe en cas d'hospitalisation pour bilan (HTA, diabète, hyperlipémie...).

2 - LA POURSUITE DE LA CURE EN AMBULATOIRE EST INDISPENSABLE

pour deux raisons :

- permettre une chute pondérale lente, progressive, et sûre de 2 à 3 kg par mois, en adaptant les mesures hygiéno-diététiques aux conditions de vie et de travail au fur et à mesure de leur évolution, et en soutenant la patiente dans les moments difficiles de la cure.
- éviter une rechute, en continuant à suivre la personne durant une période d'au moins six mois de stabilisation du poids.

La surveillance s'exerce soit par le médecin traitant, soit en consultation hospitalière, dans les cas où la personne est venue à l'hôpital d'elle-même.

Dans ce deuxième cas, le rythme des consultations est variable, selon la demande des patientes, et leur éloignement du centre hospitalier. Une consultation systématique a lieu six semaines après la fin de l'hospitalisation.

Les patientes que nous avons suivies en thérapie de soutien ont été revues selon un rythme moyen de toutes les trois semaines, adaptable selon leur demande, et selon les difficultés psychologiques rencontrées.

Nous avons tenté une convocation systématique, 6 mois après l'hospitalisation, par courrier adressé conjointement à la patiente et à son médecin traitant, ce dans un but de recherche afin d'évaluer le pourcentage d'échec ou de réussite, et celui des difficultés psychologiques apparues durant le traitement ambulatoire. Seulement 20 % des personnes convoquées ont répondu, ou se sont présentées.

Une des difficultés que rencontre une étude systématique des cures d'amaigrissement tient à l'impossibilité d'évaluer statistiquement son efficacité à long terme. On ne peut que constater l'existence de reprises pondérales dans les deux ans à travers l'interrogatoire des patientes hospitalisées pour la deuxième fois, ou revenues en consultation après rechute ; mais il est impossible d'en déduire des données sur la fréquence de ces rechutes, les autres patientes échappant à notre contrôle.

CHAPITRE III

DESCRIPTION

DU PROFIL PSYCHOLOGIQUE DES MALADES

1 - OBSERVATIONS PERSONNELLES

Notre propre expérience nous permet de souscrire à l'opinion des auteurs anglo-saxons selon laquelle il n'y a pas de personnalité type de l'obèse.

Au cours de leur hospitalisation, nous avons pu rencontrer chacune des trente obèses observées, durant deux, parfois trois entretiens d'une heure. Pour dix d'entre elles, un test de psychodiagnostic, le RORSCHACH (1947 [81]) a été pratiqué et analysé par Paul MAGDINIER, psychologue clinicien avec lequel nous avons pu régulièrement au cours de l'année, confronter nos observations et nos hypothèses. Entretiens psychologiques et RORSCHACH ont révélé une très grande diversité de structures psychologiques. Nous n'avons pas eu l'occasion d'observer des obèses psychotiques parmi les hospitalisées, par contre nous avons vu des cas de névroses authentiques.

Cependant, cette question : "y a-t-il une personnalité propre à l'obèse ?" fait l'objet de controverses passionnées auxquelles nous nous sommes intéressé :

- dans les premiers mois de notre recherche, nous avons effectivement l'impression que les patients obèses présentaient des traits de personnalité spécifiques. Ce sentiment reposait sur la constatation d'une similitude de leur histoire personnelle : histoire de la maladie, et difficultés psychologiques associées traduisant souvent une vie compliquée, dramatique, où s'enchevêtraient les ennuis familiaux, conjugaux et professionnels. Les réunions bimensuelles, regroupant infirmières, médecins, psychologues et diététicienne, autour de trois cas d'obèses hospitalisées, prenaient une tournure monotone, contre laquelle nous luttions en vain.

Cela semblait toujours être la même histoire : les obèses hospitalisées étaient des personnes malheureuses, qu'on plaignait avec impuissance, et qu'on supportait difficilement dans le Service. Les difficultés que nous éprouvions à établir un contact avec elles (soit, elles se plaignaient et nous abreuyaient de paroles, soit elles semblaient hostiles par leur silence, leurs revendications, ou leur refus d'envisager d'autres causes à leur obésité qu'un "dérèglement glandulaire") renforçaient notre impression que toutes les obèses hospitalisées se ressemblaient.

En nous interrogeant sur l'agressivité et l'exaspération ressenties par l'équipe médicale, sur nos propres difficultés de contact avec ces patientes, nous nous sommes aperçu que nous ne parvenions pas, à cette époque, à percevoir chez ces femmes obèses autre chose que leur obésité tant cette dernière nous gênait. Il nous fallait parvenir à un point de vue plus objectif, et nous dégager de la subjectivité de nos sentiments.

Six mois d'entretiens répétés furent nécessaires pour y parvenir.

2 - ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE

- Parallèlement, l'étude de la littérature nous a révélé une évolution chronologique semblable, le tournant étant marqué par les publications de STUNKARD [97] dans les années 1960. Par l'objectivité de ses travaux, STUNKARD a balayé les points de vue divers qui, précédemment, reposaient sur des descriptions plus ou moins subjectives de la psychologie de l'obèse.

Nous empruntons à BRAY, professeur à Los Angeles, l'essentiel du résumé bibliographique qui suit (1976, [14]), excepté pour l'étude de STUNKARD que nous jugeons nécessaire de détailler plus amplement.

2 . 1 - ROLE DES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES DANS LE DEVELOPPEMENT DE L'OBESITE

Le rôle des facteurs psychologiques dans le développement de l'obésité est largement reconnu, mais tenter de définir une personnalité spécifique de l'obésité, s'avère difficile (STUNKARD, 1959, [97]). Les premiers travaux sur les facteurs psychologiques de l'obésité, proviennent de l'étude de quelques patients, ayant suivi une psychanalyse. Les conclusions de ces recherches mettent l'accent sur les traits oraux des patients obèses et sur l'importance de ceux-ci dans le développement de l'obésité.

Les études extensives de Hilde BRUCH (1957, [16]; 1978, [17]) révèlent deux types d'obésité :

1° L'obésité psychogène résultant d'une suralimentation réactionnelle à des situations extérieures. Selon BRUCH (1978, [17]), ce type de comportement anormal (confusion entre les sensations de faim et celles d'en-

nui, d'énervement, de fatigue...) provient d'une tendance des parents à nourrir leur bébé pour apaiser d'autres demandes que la faim (par exemple nourrir l'enfant pour qu'il se taise ou qu'il soit sage) ;

2° l'obésité constitutionnelle, qui se développe chez des sujets dont les problèmes émotionnels sont minimes.

HAMBURGER (1958, [49]) propose une classification sur la base d'une étude de 18 patients. Le premier groupe renferme les individus dont la suralimentation est due à des tensions émotionnelles ; le second, ceux dont la suralimentation est une compensation à des besoins affectifs insatisfaits ; le troisième, ceux dont la suralimentation est un symptôme névrotique de fixation sur la nourriture. (SWANSON et DINALLO, 1970, [102]).

DARLING et SUMMERSKILL (1953, [21]) distinguent les obèses relativement bien adaptés psychologiquement à la vie, et ceux qui ne le sont pas.

Sur une étude de 100 obèses, SUCZEK (1954, [101]) est impressionné par la rareté des cas d'obésité qui nécessitent une aide psychiatrique (30 %). L'expérience clinique de BRAY (1976, [14]) va dans le même sens.

2 - ECHEC DE LA TENTATIVE DE DEFINITION D'UNE PERSONNALITE TYPE DE L'OBESE

La théorie uniciste (un ensemble de traits de personnalité spécifiques des patients obèses) a été balayée par les travaux de WEINBERG, MENDELSON et STUNKARD (1960, [112]) :

Ils comparent un groupe de 18 hommes obèses de 19 à 60 ans à un groupe d'hommes de poids normal, de même âge, même race, même lieu d'origine, même niveau d'études, tous hospitalisés. Dans la population obèse, l'excès pondéral va de 22 à 78 %, pour une moyenne de 53 % ; onze proviennent d'un service de Médecine Générale, 4 d'un service de Psychiatrie du même hôpital, 3 sont étudiants en Médecine.

Les tests utilisés sont :

1. Wechsler
2. California Psychological Inventory
3. Leary Interpersonnal Check List
4. Tayler test for Manifest Anxiety
5. Thematic Aperceptive Test (TAT)
6. Dessin d'une personne (Draw-A-Person = DAP)

Les hypothèses testées sont :

par rapport aux hommes de poids normal, les hommes obèses

1. présentent plus d'anxiété et de troubles nerveux
2. ont l'impression d'être plus forts, plus satisfaits d'eux-

mêmes et de leur statut ; mais au niveau inconscient, sont plus faibles et plus dépendants.

3. ont de meilleurs résultats aux tests verbaux qu'aux tests de performance du Wechsler.
4. sont intellectuellement plus conformistes.
5. parlent de leur mère comme d'une personne plus forte que leur père.
6. ont des centres d'intérêt plus féminins.

Toutes ces hypothèses se sont avérées fausses ; aucune différence significative n'a pu être démontrée entre population témoin et population obèse, ce qu'a confirmé une étude analogue de FRIEDMAN sur une population de femmes obèses.

STUNKARD critique la littérature antérieure en démontrant son absence de rigueur (pas de population témoin soigneusement appariée cas par cas).

2 . 3 - OBESITE SEVERE ET OBESITE A DEBUT JUVENILE

LEFLEY (1971, [64]) infirme l'hypothèse selon laquelle l'obésité féminine serait un refus de la féminité par une étude de trente obèses et trente femmes témoins appariées cas par cas.

ATKINSON et RINGUETTE (1967, [4]) étudient le type de personnalité de 21 obèses (poids supérieur à 127 % du poids idéal) : 19 d'entre eux présentent des traits psychopathologiques divers et deux des symptômes dépressifs caractérisés. Dans l'ensemble, l'anxiété et l'état dépressif sont moyens au MNPI.

L'observation psychologique de 12 femmes obèses avant et après chirurgie intestinale de "bypass" (BRAY, 1976, [14]) montre l'absence de maladie psychiatrique sévère, la présence de troubles modérés de la personnalité (passivité et agressivité, état dépressif sans dépression grave, troubles du comportement alimentaire avec boulimie compensatoire d'un état de frustration affective remontant à l'enfance où l'on retrouve la notion d'instabilité conjugale des parents) et l'existence des traits de caractères qui leur font la réputation traditionnelle de malades "difficiles" : entêtement, méfiance, tendance à la dépendance, à l'envahissement et à l'exhibitionnisme. (Thèse Lyon 1977 :[68] MADONA)

La personnalité des enfants obèses fait l'objet des travaux de BRUCH (1941, [15], 1978, [17]), celle des adolescentes obèses est décrite par WERKMAN et GREENBERG (1967, [113]) d'après l'observation de 42 filles de poids normal et 88 de poids excessif durant deux camps d'été : les tests de personnalité montrent que les adolescentes obèses sont plus anxieuses, plus dépressives et immatures que les autres adolescentes, et qu'elles souhaitent donner l'impression d'être comme tout le monde. MONELLO et MAYER (1963, [75]) font les mêmes observations et en déduisent que l'adolescente obèse a l'impression d'appartenir à un groupe minoritaire, et de vivre en marge.

La différence la plus importante et la plus manifeste entre l'obésité à début adulte et l'obésité à début juvénile concerne la perception de l'image du corps. STUNKARD et MENDELSON (1967, [101]), et STUNKARD et BURT (1967, [100]) ont démontré que les troubles de l'image du corps s'observent presque uniquement dans les cas où l'obésité a débuté avant l'âge adulte. CAPPON et BANKS (1968, [19]), BAILEY et collaborateurs (1970, [6]) ont confirmé cette notion, en lui donnant une plus grande extension. C'est un phénomène fondamental, d'un intérêt clinique certain, vues les perturbations induites par la cure d'amaigrissement.

2 . 4 - DEVELOPPEMENT DE LA MEDECINE PSYCHOSOMATIQUE ET NOUVELLE TENTATIVE

Le développement de la médecine psychosomatique entraîne actuellement, particulièrement en France, de nouvelles tentatives pour démontrer que la répartition des structures psychologiques est significativement différente dans la population obèse : il y aurait moins de névroses caractérisées et plus de structures psychosomatiques. L'étude de 56 femmes obèses en début de cure d'amaigrissement par entretien psychiatrique, RORSCHACH et MNPI (WAYSFELD, Le BARZIC et GUY-GRAND (1977, [113], 1978, [114]) tend à montrer que les principales différences entre les obèses de structure névrotique et les obèses de structure psychosomatique sont les suivantes :

- les obèses psychosomatiques mangent moins de 2 000 calories dans 66 % des cas, contre 7 % des obèses névrotiques qui, pour la plupart, présentent une boulimie compensatoire.

- la demande de cure est somatique ou sociale dans le 1er groupe, personnelle (désir de changement) dans le 2ème.

- dans le premier groupe, l'obésité est vécue comme une maladie organique, dans le second, la boulimie est un symptôme névrotique.

- dans le premier groupe, l'indication d'une psychothérapie est inutile et inefficace ; c'est le contraire dans le deuxième groupe.

Mais les auteurs insistent en conclusion sur l'intrication fréquente des deux groupes qui expliquerait les échecs du traitement psychothérapeutique de certains patients obèses névrotiques. Les deux groupes ne se différencient pas par l'âge, la durée de l'obésité, le début juvénile ou adulte, le pourcentage d'excès pondéral, le poids maximum atteint, ni par les antécédents familiaux d'obésité.

Si ces hypothèses sont séduisantes, surtout du point de vue théorique, elles demeurent floues dans leurs applications pratiques quant à la conduite psychologique à tenir face aux obèses. On regrette l'absence d'étude longitudinale au cours de la cure d'amaigrissement, ainsi que l'absence de renseignements sur la constitution du groupe témoin.

Dans notre série, Paul MAGDINIER, sans avoir la connaissance de ces travaux, a retrouvé une fréquence notable de pensée opératoire, caracté-

ristique des personnalités psychosomatiques.

Personnellement, par esprit pragmatique, nous ne nous risquerions pas à en tirer des conclusions prématurées, d'autant que la notion de personnalité psychosomatique demeure récente et très controversée par les écoles psychiatriques.

CHAPITRE IV

LES CONDITIONS DE DEPART DE LA CURE EN FONCTION DES FACTEURS DE RISQUE PSYCHOLOGIQUE

A - L'ENTOURAGE DEFAVORABLE

L'entourage familial, professionnel ou amical peut être défavorable par :

1 - UNE HOSTILITE A L'EGARD DE LA TENTATIVE D'AMAIGRISSEMENT :

Nous avons été frappé par la fréquente opposition du conjoint qui ne comprend pas pourquoi (ou pour qui) sa femme veut maigrir, alors que son obésité ne le dérange pas.

Plus rarement, ce sont les enfants qui redoutent une moins grande disponibilité maternelle, ou un relâchement dans le soin des repas. Souvent, l'ensemble de la famille, ou l'entourage professionnel devient secondairement hostile, devant les changements d'humeur de la personne en cure (irritabilité, susceptibilité, lassitude).

2 - UN SCEPTICISME ET UNE CRAINTE DE LA RECHUTE :

par mise en doute des capacités de la personne ("aura-t-elle la volonté"

pensent les parents surtout), parfois par jalousie ("et si elle y arrivait, elle ?" pensent les amies). Ces attitudes provoquent un sentiment d'incapacité, et diminuent l'être.

3 - UNE CENSURE, DES PRESSIONS ET DES CRITIQUES :

Nous avons observé ce phénomène quand la famille ou les amis bienveillants s'emparent de la cure et font du régime un chantage ou un moyen d'exercer leur tyrannie. Le résultat est une infantilisation de la personne. "Ne mange pas ça, ça t'est interdit... Si tu fais ça tu vas regrossir... Si le docteur te voyait..." etc...

Dans ces cas, les litanies sur le régime ont remplacé celles sur l'obésité. Elles entraînent une réaction de révolte et d'opposition qui, parfois, se traduisent par une vengeance sur la nourriture.

4 - DES DIFFICULTES PROFESSIONNELLES, FAMILIALES, OU CONJUGALES,

qui entraînent soucis et surmenage, difficultés que la personne met en relation avec son obésité, même si ce rapport est erroné.

B - L'OBESITE SEVERE

1 - LA PERSONNE A SOUVENT DEJA FAIT DE NOMBREUSES TENTATIVES

d'amaigrissement, avec une efficacité de plus en plus minime au fur et à mesure des essais, et avec des rechutes dans les 6 mois à 2 ans.

Rechute et perte d'efficacité expliquent le découragement et le sentiment d'échec caractéristiques des obésités sévères.

La rechute est due à la reprise d'une alimentation "normale". Or une personne qui a tendance à l'excès pondéral, comme d'autres sont sujets aux maux de tête ou aux douleurs épigastriques, conservera cette tendance toute sa vie ; nous avons constaté qu'elle était rarement prévenue de la nécessité :

- de maintenir une vigilance pondérale et une alimentation un peu inférieure à la normale,
- d'augmenter sa surveillance dans les périodes de surmenage ou de soucis pour prévenir une reprise pondérale.

Nous avons constaté aussi que l'information ne suffit pas, si elle n'est pas accompagnée d'une éducation visant à faire comprendre et accepter l'existence de facteurs favorisant la reprise pondérale :

○ facteurs d'origine somatique :

nous avons observé une reprise pondérale à l'occasion de :
la puberté, la grossesse, la ménopause,
une hystérectomie, une IVG, une ovariectomie, une ligature de trompes, une cholécystectomie,
un traitement oestroprogestatif, progestatif, corticoïde,
l'arrêt du tabac, ou du sport.

○ facteurs d'origine psychologique :

nous avons observé une reprise pondérale à la suite de :
un changement professionnel, une difficulté familiale ou conjugale (divorce, deuil, départ des enfants, conflit avec un enfant difficile, maladie d'un enfant, conjugopathie...), surmenage.

2 - L'EXCES PONDERAL MASSIF ENTRAINE UN ISOLEMENT PSYCHOSOCIAL ET PSYCHOAFFECTIF DE PLUS EN PLUS GRAND

2 . 1 - La non-acceptation des obèses par les non obèses isole.

Dans la culture occidentale, l'influence des normes de minceur sur l'idéal féminin est telle que la femme obèse est victime de plus en plus fréquemment du jugement des autres et d'une sorte de racisme dans la rue, dans les magasins, l'autobus etc... . Les enfants se moquent ostensiblement d'elle, les hommes font parfois des réflexions à visée sexuelle injurieuses, les gens se retournent ou se détournent. Peu à peu, l'obèse, d'elle-même réduit son périmètre de vie sociale, et restreint ses contacts à ses proches. Elle se vit comme un être à part et incompris. Dans tous les cas d'obésité supérieure à 120 kg, que nous avons rencontrés, la personne obèse ne sortait plus de chez elle.

2 . 2 - La non-acceptation de l'obèse par elle-même aggrave cet isolement.

○ Non-acceptation de son corps lourd et volumineux :

La fréquence des troubles de l'image du corps allant jusqu'au dégoût de soi est beaucoup plus élevée dans les obésités sévères.

○ Non-acceptation des difficultés relationnelles rencontrées :

en réaction, soit elle affiche une jovialité excessive, parle beaucoup, au point de se couper de sa vraie personnalité, soit elle se replie dans la timidité et l'effacement.

Isolée, elle s'isole. Et cet isolement aggrave l'inactivité, l'ennui, les sentiments dépressifs.

- Non-acceptation de ses troubles du comportement alimentaire :
 en réaction, elle se sent coupable après les excès de boulimie, et s'accuse, se venge, ou se punit en mangeant encore plus. Le cercle vicieux se referme : elle ne pense plus qu'à la nourriture toute la journée, et vit une situation psychologique complexe où la nourriture est la source du plus grand plaisir et du plus grand déplaisir à la fois. C'est dans ces cas de mésestime de soi allant jusqu'au dégoût, et de confusion des affects que peut monter en l'être une sensation de détresse intense où la nourriture n'est plus rassurante. La personne ne sait plus si la nourriture peut la sauver ou la détruire ; sans repère, elle se trouble.

Il nous semble que c'est cette confusion des affects liés à la nourriture (bonne ou mauvaise ?) qui explique la situation d'impasse dans laquelle se trouve la personne sévèrement obèse. Cette situation sans issue s'exprime par un état de détresse affective, et par une perte totale des capacités de lutte. La demande de cure est vécue comme l'ultime tentative pour en sortir. Une thérapie de soutien nous semble indispensable pour éviter à tout prix l'échec.

C - L'OBESITE ANCIENNE

Selon STUNKARD et RUSH (1974 [102]), les personnes dont l'obésité a débuté dans l'enfance semblent plus vulnérables et présentent plus souvent des réactions malencontreuses à la cure d'amaigrissement que les personnes dont l'obésité remonte à l'âge adulte.

La révision critique de la littérature antérieure à 1974 et leurs propres recherches statistiques leur permettent d'affirmer que :

- le début de l'excès pondéral dans l'enfance représente 25 % des cas ;
- il correspond à un nombre de cellules adipeuses plus élevé, nombre qui persiste après la perte pondérale. Au contraire l'obésité installée à l'âge adulte correspond seulement à une hypertrophie cellulaire du tissu adipeux.
- il aggrave les difficultés émotionnelles rencontrées en cours de traitement, et accentue les altérations de l'image du corps :

.. la fréquence des syndromes dépressifs pendant et après la perte de poids y est plus élevée : ces personnes sont plus fréquemment anxieuses, tristes, pessimistes, désabusées, apathiques, durant la cure (GLUCKSMANN et HIRSCH 1968 [41]).

.. la fréquence des comportements agressifs et hostiles pendant la durée de la restriction alimentaire sévère (600, 800 cal) est plus importante (GLUCKSMANN et HIRSCH 1968 [41]).

.. Les personnes dont l'obésité s'est installée dans l'enfance perçoivent l'amaigrissement du contour de leur corps avec un délai de retard sur la perte de poids réelle. (GLUCKSMANN et HIRSCH, 1969 [43]).

Notre recherche confirme l'ensemble de ces données.

D - SYMPTOMES DEPRESSIFS ASSOCIES OU ANTERIEURS

Nous avons observé que toute notion dépressive, passée ou présente, rend difficile la mise en route d'une cure d'amaigrissement vu l'état de fragilité psychologique que dénote un tel trouble, et son retentissement fâcheux sur la vie familiale et professionnelle. L'existence de symptômes dépressifs doit faire redouter leur réapparition avec la cure ; celle des symptômes présents doit faire craindre une aggravation.

Nous avons remarqué que la personne obèse et dépressive se trouve souvent dans une situation personnelle et professionnelle inextricable quand elle débute la cure. Les rebondissements de cette situation peuvent venir perturber le déroulement de l'hospitalisation à l'occasion des visites ou des communications téléphoniques.

Au cours des entretiens de personnes obèses hospitalisées pour dépression, nous avons pu constater que les événements interpersonnels survenant durant leur séjour (maladie ou deuil dans la famille, changement professionnel, violente dispute entre les membres de la famille restés à domicile) aggravent les perturbations émotionnelles malgré le traitement antidépresseur. STUNKARD et RUSH (1974 [102]) notent le même phénomène, ainsi que son accentuation en cas de régime à 600 calories, son atténuation en cas de diète hydrique. Ils indiquent que l'effet de stress est majeur en cas de régime à basses calories, ou en cas d'hospitalisation de longue durée sous restriction alimentaire sévère (15 à 40 jours à 600 calories par jour).

Après analyse comparative de la dose d'anxiolytiques administrée sous 1 000, 800 et 600 calories, dans les 30 cas observés, nous nous rangeons à l'avis de STUNKARD et RUSH : nous avons constaté que :

.. la dose d'anxiolytiques augmente quand la restriction alimentaire passe de 1 000 à 800, et à nouveau quand celle-ci passe de 800 à 600.

.. dans les cas où la correction médicamenteuse n'a pas été faite simultanément, elle s'opère dans un délai maximal de 3 jours devant l'ap-

parition ou l'aggravation des symptômes anxio-dépressifs.

E - TROUBLES EMOTIONNELS CONSECUTIFS AUX TENTATIVES ANTERIEURES
D'AMAIGRISSEMENT

○ Selon WAYSFELD, LE BARZIC et GUY-GRAND (1978 [114], clinique de l'Hôtel-Dieu, Paris), chez les sujets obèses de structure névrotique ou psychotique, *"la signification du trouble du comportement alimentaire et du "gros corps" vont apparaître dans toute leur expression pendant l'amaigrissement :*

- . état dépressif
- . mise à jour d'un désir irréalisable
- . angoisse de dépersonnalisation
- . recours à une toxicomanie (tabagisme notamment)
- . décompensation psychotique parfois."

○ Nous avons surtout pu observer, à l'interrogatoire des 30 femmes obèses hospitalisées combien les essais multiples d'amaigrissement s'étaient accompagnés fréquemment d'un état dépressif motivant l'arrêt du traitement ou la rechute rapide. Les états dépressifs sont d'autant plus majeurs que la perte de poids a été rapide, et due à la prise d'anorexigènes et d'extraits thyroïdiens. La reprise pondérale, dans ces cas, amène un retour à l'état d'équilibre pondéral antérieur dans les 6 mois. Plus la perte est rapide, plus la reprise est rapide. La rechute est très mal vécue, et décourage la personne de tout effort pendant un à deux ans minimum.

○ L'existence de tels troubles dans les antécédents fait craindre leur réapparition lors de la cure présente et amène à préférer l'hospitalisation au traitement ambulatoire.

STUNKARD et RUSH (1974 [102]). Un tour d'horizon des publications faites sur les réactions fâcheuses au régime a démontré que :

1. le degré de souffrance émotionnelle est élevé chez les patients soignés pour obésité en ambulatoire.

Nous avons nous-même, noté que les personnes, d'abord hospitalisées et mises à l'écart des tentations, ressentent le retour à domicile comme une difficulté supplémentaire et ont l'impression de devoir lutter plus pour obtenir un résultat moindre. L'entourage, souvent, ne se lasse pas de solliciter la personne : invitation, fête, anniversaire, dîner d'affaire, tout est bon pour faire un écart : "pour une fois, vous pouvez bien en manger...".

Le rythme de vie quotidien et professionnel rend plus dur le maintien de la restriction alimentaire, et les fringales réapparaissent même

avec un nombre de calories journalier supérieur à celui de l'hospitalisation (1 200 à 1 500 cal).

2. En cas d'hospitalisation de longue durée,

les réactions émotionnelles défavorables sont indépendantes du type de régime (diète ou restriction alimentaire).

3. Par contre une diète de courte durée

(10 à 14 jours) en milieu hospitalier est beaucoup plus rarement accompagnée de réactions psychologiques défavorables. Lors du jeûne, la présence de corps cétoniques supprime la sensation de faim, et rend le traitement plus supportable ; lors de la restriction calorique sévère (500 à 600 cal), la sensation de faim persiste et les symptômes de souffrance émotionnelle sont précoces.

Cependant on peut reprocher au traitement par diète hydrique, d'une part de faire apparaître des troubles métaboliques tels qu'il ne peut être poursuivi longtemps, d'autre part de ne pas préparer le sujet à la poursuite du traitement à domicile puisqu'il ne l'habitue pas aux trois conditions du traitement ambulatoire : restriction calorique, boissons abondantes et repos.

Aussi un régime hypocalorique à 800 ou à 1 000 calories dans le cadre d'une hospitalisation de courte durée (2 à 3 semaines) semble la solution la mieux adaptée aux obèses connues pour avoir mal réagi psychologiquement aux essais d'amaigrissement antérieurs.

Les études statistiques de STUNKARD et RUSH (1974 [102]) montrent l'existence d'un seuil d'apparition des troubles émotionnels :

- pour une durée d'hospitalisation supérieure à 10 jours,
- pour une perte de poids supérieure à 7, à 9 kg,

ce qui leur fait émettre l'hypothèse d'un parallélisme avec l'apparition des changements métaboliques.

Concernant l'existence de ce seuil, nous avons fait les mêmes constatations.



CHAPITRE V

LES DIFFERENTES PHASES DE LA CURE D'AMAIGRISSEMENT

A - CURE D'AMAIGRISSEMENT ET SITUATION DE STRESS

La cure d'amaigrissement en milieu hospitalier peut être vécue comme une situation de stress.

1 - DEFINITION DU STRESS

Nous nous référerons, pour définir le stress, au livre passionnant de l'endocrinologue HANS VAN SELYE : *"Le stress de la vie, le problème de l'adaptation"* (1975 [111]), dont une phrase avait attiré notre attention : *"Le mendiant affamé, et le glouton qui mange trop... sont en proie au stress"*.

- 1ère définition : *"Le stress est un mode de réaction stéréotypé de l'organisme aux exigences d'adaptation les plus diverses. (...)"*

La réaction à un agent stressant est pour l'essentiel un effort d'adaptation visant à rétablir l'homéostasie en dépit de toute lésion qu'a pu provoquer l'agresseur. (...).

La reconnaissance de ce fait nous a conduit à définir ce que nous avons appelé un syndrome général d'adaptation lequel se déroule, dans sa forme typique, en trois phases :

- .. la réaction d'alarme
- .. la phase de résistance
- .. la phase d'épuisement". (HANS VAN SLEYE, page VI).

CURE D'AMAIGRISSEMENT

=

SITUATION DE STRESS

➤ hospitalisation

➔ régime hypocalorique

➤ perte de poids

- 2ème définition : "Le stress est la réponse non spécifique de l'organisme à toute sollicitation. (...)"

Cette nouvelle définition a aussitôt attiré l'attention sur le fait inattendu que le stress, peut être agréable, désirable certes, mais même doué de valeur curatrice chez le malade (...)

Eustress et détresse ont des manifestations somatiques communes (hyperkinésie, tachycardie, hypertension, insomnie)" (idem, p. XI et XII).

2 - CURE D'AMAIGRISSEMENT EN MILIEU HOSPITALIER ET SITUATION DE STRESS

C'est une situation où la personne obèse se trouve devant un triple problème d'adaptation :

- .. adaptation à l'hospitalisation
- .. adaptation à la restriction alimentaire
- .. adaptation à la perte de poids et de volume.

Selon ses réactions, et selon le soutien qu'on peut lui apporter, il peut en résulter détresse et inadaptation défavorable à la cure, eustress et adaptation bénéfique pour la suite de la cure.

Dans le second cas, la situation est source d'expérience vitale, existentielle, et d'apprentissage de nouvelles habitudes.

3 - ADAPTATION A L'HOSPITALISATION

L'hospitalisation est :

- une coupure et une séparation de l'environnement familial, amical et professionnel,
- une rupture d'habitudes et de rythme de vie,
- un renoncement provisoire à l'état de "bien portant" et de bonne santé.

L'hospitalisation demande une adaptation à :

- un nouvel environnement relationnel fait de l'équipe médicale, des autres malades, en particulier des autres obèses.
- un rythme de vie hospitalier (horaires des repas, difficultés d'endormissement, vie collective, promiscuité, bruit, chaleur, etc....)

- l'état du malade, avec le vécu psychologique et les mécanismes de défense face à la maladie qui peuvent en découler (dénégation, régression, agressivité, hostilité, repli sur soi). (Cours de psychologie médicale, DCEM1 Lyon Nord 1975 - Mme Sassolas).

Nous avons observé que l'hospitalisation peut être vécue par les femmes obèses comme une contrainte qu'on subit, ou comme une prise en charge qu'on apprécie. Elle entraîne souvent un état de passivité, chez l'obèse, surtout si on ne prend pas garde de favoriser la situation inverse (prise en charge active par le malade de sa cure). A l'entrée, il pense qu'on va le faire maigrir, et si on laisse les choses s'installer, il attend dans son lit qu'on s'en occupe à sa place.

Après avoir constaté ce phénomène de passivité durant les six premiers mois de notre recherche, nous avons tenté au cours des neuf mois suivants de voir s'il était possible d'inverser le processus. Nous nous sommes aperçu qu'une personne en état de détresse pouvait passer à un état d'eustress si, lors de l'entretien que nous avions avec elle, nous parvenions à la rendre sensible à ce que la situation pouvait recéler de positif :

- l'isolement peut lui permettre de prendre de la distance par rapport à l'objet de ses soucis, de reprendre des forces, de se retrouver elle-même, de faire le point.
- le contact avec les autres obèses peut lui permettre de mieux comprendre ce qu'elle vit, et de se rendre compte que d'autres aussi vivent des difficultés semblables, et ressentent les choses de la même façon.
- le contact avec l'équipe médicale peut être l'occasion de mieux s'informer, de poser les questions qui la préoccupent, et de préparer sa sortie en particulier dans le domaine diététique.
- la vie quotidienne hospitalière peut lui permettre d'expérimenter elle-même les trois conditions de la cure (repos, boire, changer de façon de manger), de voir leur incidence sur la perte de poids, et de se préparer à les appliquer en ambulatoire.

4 - ADAPTATION AU REGIME :

Le régime peut être vécu comme un changement, une contrainte et une frustration.

- Comment la personne obèse va-t-elle réagir à une contrainte qui touche sa nourriture, et avec elle sa vie quotidienne, c'est-à-dire quelque chose de très ancien, lié à des traditions culinaires, à des attaches familiales, à son enfance et à ses racines profondes, donc à quelque chose

qui est à la base de son équilibre intérieur, base à laquelle l'individu se rattache dès qu'il est agressé ? Si l'équilibre de la personne obèse est précaire, le changement est encore plus redouté.

L'étude bibliographique montre que ce problème est ressenti par toute personne de poids normal soumise à une restriction alimentaire sévère.

- Le régime hypocalorique peut créer et entretenir une sensation de faim (à la différence du jeûne).

La faim est un instinct (H. BRUCH 1978, [18]) vital ; c'est un signal d'alarme invitant à manger. Chez le sujet de poids normal, comme chez l'obèse, sa présence crée un état de tension qui peut se traduire par une irritabilité, une hostilité, une fatigue.

La non-satisfaction de ce besoin vital entraîne un état de frustration.

- Chez l'obèse, le problème de la nourriture est plus aigu du fait de :

.. la fréquence d'une place plus importante dans sa vie, des satisfactions orales en compensation des insatisfactions affectives et sexuelles. (BRUCH montre que l'obèse craint parfois de manquer de nourriture, en raison de ce qu'il a vécu dans son enfance.

.. la fréquence des troubles du comportement alimentaire : hyperphagie prandiale, boulimie compensatoire à type de grignotage ou de fringales aux heures diurnes ou nocturnes d'ennui, de tristesse, de tension et de fatigue, attirance électorale pour certains aliments (sucreries, fromage, saucisson...). Dans ces cas, la personne a envie de manger sans avoir besoin de manger ; il n'y a pas véritable sensation de faim, mais confusion entre la faim, signal d'un besoin organique et des signaux de besoins affectifs.

.. de la fréquence des conversations alimentaires entre obèses hospitalisées. C'est peut-être une façon détournée de libérer l'anxiété sans vraiment se livrer.

5 - ADAPTATION A LA PERTE DE POIDS

- L'amaigrissement entraîne un changement corporel.

Nous avons remarqué que les femmes obèses :

- soit désirent un changement très rapide, presque magique. La lenteur de la perte de poids leur fait vivre une désillusion.
- soit craignent, plus ou moins inconsciemment, ce changement parce qu'il risque de les confronter à des problèmes qu'elles pouvaient jusqu'à présent éviter sous prétexte de leur obésité.

- L'amaigrissement devrait modifier l'image que l'obèse a de son corps.

Nous avons parfois observé un retard dans l'ajustement de l'image du corps à la transformation corporelle réellement en cours, soit que l'obèse ne perçoive pas de changement "j'ai beau perdre des kilos, ça ne se voit pas", soit qu'elle exagère le changement (3 kg de perdus, et elle se sent légère), soit qu'elle le sous-estime.

- Nous avons l'impression que le changement s'intègre mieux quand il est lent et progressif, et que l'adaptation est difficile parce qu'elle demande de parvenir à un certain réalisme concernant la cure d'amaigrissement. Nous n'avons jamais rencontré ce réalisme d'emblée chez les personnes hospitalisées, par contre nous l'avons trouvé chez certaines consultantes.

B -

LES DIFFERENTES PHASES

Confrontée à ce triple problème d'adaptation à l'hospitalisation, à la restriction alimentaire et à la perte de poids, la personne obèse hospitalisée nous semble réagir en trois phases successives. Nous avons d'abord observé combien chaque semaine était vécue dans un climat différent. A posteriori, nous avons rapproché, à titre d'hypothèses, ces trois semaines des trois phases du syndrome d'adaptation (Hans SELYE) : la réaction d'alarme, la phase de résistance et la phase d'épuisement.

1 - LA PREMIERE SEMAINE D'HOSPITALISATION :

- Objectivement, le déroulement de la première semaine est le suivant :
 - l'entrée dans le service
 - le bilan (interrogatoire et examen clinique, examens paracliniques : biologiques, électrocardiographique...)
 - le début du régime au 2ème ou 3ème jour.
 - le début de la perte de poids (perte hydrique rapide favorisée par l'alitement), en fin de 1ère semaine.

Subjectivement :

- l'entrée peut être source d'anxiété face à l'inconnu et à la séparation ou de soulagement quand elle permet d'échapper aux réalités quotidiennes préoccupantes.

- le bilan est toujours investi de l'espoir irréaliste de découvrir un trouble endocrinien qu'il suffirait de soigner, pour guérir de l'obésité, sans avoir à subir le régime. La première visite du médecin au lit de la patiente est l'occasion d'un démenti cruellement ressenti parce qu'il met la personne en face de son problème d'obésité, et la confronte aux exigences hygiéno-diététiques du traitement.

- le début du régime crée parfois une surprise agréable car la personne s'attendait à devoir mourir de faim ; elle a même souvent tendance à ne pas tout manger, tellement elle a peur de ne pas maigrir.

- l'heureuse perte de poids des premiers jours renforce l'optimisme de la patiente, après la désillusion du bilan organique, mais elle peut à nouveau la faire sombrer si on ne l'informe pas du ralentissement ultérieur normal de la chute pondérale.

- la personne est disponible, c'est le meilleur moment pour mettre en place une information, une éducation, une thérapie de soutien.

2 - LA DEUXIEME SEMAINE D'HOSPITALISATION :

O Objectivement, elle débute par le week-end (absence de permission, visites).

Subjectivement, le week-end crée souvent un choc. Il se passe entre obèses et anorexiques, les autres patients quittant le service. Les obèses sont donc à la fois entre eux et isolés, vu leur petit nombre et le personnel restreint. La solitude, les préoccupations alimentaires, le sentiment d'abandon sont renforcés, après une semaine où l'on s'était beaucoup occupé d'eux. Les visites sont souvent vécues de façon ambivalente, avec plaisir et déplaisir.

Rares sont les pertes de poids durant le premier week-end, et le lundi, la pesée entraîne découragement, irritabilité et hyperémotivité, qui sont les dominantes de la semaine, d'autant que :

- les soins infirmiers, une fois le bilan terminé, sont restreints.
- la perte de poids est plus lente de toute manière.
- la séparation familiale commence à peser.
- l'ennui s'installe souvent.

Parfois l'environnement relationnel de la chambre ou des autres obèses hospitalisés vient tempérer le climat de la semaine par les rencontres qu'il permet. Parfois cet environnement, au contraire, est défavorable par la comparaison des pertes de poids, et par les difficultés dues à la promiscuité, la susceptibilité, la jalousie etc...

Chez une personne hypersensible parce qu'elle est tendue par la restriction alimentaire et par la crainte de ne pas maigrir, le moindre détail a son importance.

Le passage de 1 000 à 800 calories ne fait pas toujours repartir la perte de poids. L'anxiété augmente.

C'est durant cette semaine que peut apparaître ou s'aggraver un état dépressif.

3 - LA TROISIEME SEMAINE :

- Ou les choses reprennent leurs justes proportions, d'elles-mêmes ou grâce à un soutien psychologique, et la personne accepte avec plus de réalisme la cure d'amaigrissement. Dans ce cas, la perte de poids se poursuit doucement, parfois plus rapidement que la deuxième semaine. Cette période est favorable à la préparation psychologique et diététique de la sortie et de la poursuite du traitement en ambulatoire.

- Ou les choses s'aggravent en raison d'un ralentissement de la courbe de poids malgré un régime à 600 calories, et en raison de réactions affectives malencontreuses. L'ennui, le découragement, la passivité sont majeurs, associés au refus de voir la réalité en face et à l'angoisse devant l'impossibilité de dominer la situation. On peut alors prévoir l'échec du traitement à domicile. Dans ce cas, la seule chance de rétablir la situation est de revoir la personne en entretien immédiatement avant sa sortie, et dans les 15 jours qui suivent la sortie.

CHAPITRE VI

LES REPONSES AFFECTIVES A LA CURE D'AMAIGRISSEMENT

Au terme de cette étude descriptive des aspects psychologiques de la cure d'amaigrissement, nous restions sur une impression d'insatisfaction. Certes, ces éléments d'observation psychologique nous permettaient de mieux comprendre le ressenti de la femme obèse hospitalisée pour cure d'amaigrissement, et l'efficacité de nos thérapies de soutien s'en trouvait nettement améliorée. Pragmatiquement, nous avons progressé.

Mais, certains éléments nous manquaient. Notre étude n'était pas suffisamment précise ni rigoureuse pour nous permettre de distinguer, dans tout ce que nous avons observé, ce qui était spécifique de l'obèse en cure de ce qui aurait pu être ressenti par n'importe quel patient, de poids normal, hospitalisé dans les mêmes conditions de restriction alimentaire.

Nous avons alors cherché dans la littérature s'il existait des études longitudinales de la cure d'amaigrissement comparant des groupes d'obèses différant par une seule variable. Nous avons ainsi découvert les recherches passionnantes entreprises depuis 1968 par le laboratoire "Metabolism and Behavior" de l'hôpital Rockefeller de New York. D'autres résultats étaient contradictoires. Leur absence de rigueur a été critiquée par Stunkard.

A -

PERTE DE POIDS ET TROUBLES DU COMPORTEMENT : PUBLICATIONS CONTRADICTOIRES

- La perte de poids entraîne, chez les obèses, des troubles du comportement non spécifiques : anxiété, dépression et irritabilité. Avant les travaux fondamentaux de l'équipe hospitalière de l'Université de New York [46] de 1968 à 1973, KOLLAR et ATKINSON [63] avaient montré l'existence de réactions psychopathologiques à la perte de poids chez 7 obèses hospitalisés, sans relation avec la privation de nourriture, et sans aggravation au fur et à mesure de la cure.
- SHIPMAN et PLESSET [93] étaient parvenus à la conclusion que la perte de poids en ambulatoire n'entraînait pas d'augmentation de l'anxiété ni de la dépression.
- BIGGERS [12] et FISHER [30] avaient constaté une diminution de l'anxiété et de la dépression au cours de brèves périodes de perte de poids.

A première vue, ces résultats sont contradictoires, mais ils ne tiennent pas compte de l'âge d'installation de l'obésité dans les populations observées.

B -

TROUBLES DE L'IMAGE DU CORPS ET AGE DE DEBUT DE L'OBESITE

MENDELSON [73], STUNKARD et MENDELSON [101] ont pu montrer l'importance de l'âge de début de l'obésité en étudiant la perception de l'image du corps chez des obèses (à début dans l'enfance, dans l'adolescence ou dans l'âge adulte).

C'est donc grâce aux études sur l'image du corps que cette découverte fondamentale a pu être faite, avec démonstration rigoureuse à l'appui sur une population totale de 189 patients ; ce qui souligne, à nos yeux, une fois de plus la place particulière de l'image du corps dans la compréhension et le traitement des troubles du poids, place depuis longtemps remarquée par les médecins dans l'anorexie mentale, mais pas dans l'obésité. Dans les deux cas, on peut observer un retour du poids à la normale avec persistance du trouble de l'image du corps.

C - SYMPTOMES DEPRESSIFS ET AGE DE DEBUT DE L'OBESITE

ROWLAND [86] a décrit les réactions psychologiques à une diète hydrique de 10 à 50 jours, de six obèses à début juvénile. Tous ont présenté un état dépressif sévère. D'autres chercheurs (STUNKARD, HAMBURGER, SWANSON) ont souligné la fréquence d'échec des cures d'amaigrissement dans ces obésités anciennes, où les sujets éprouvent vis à vis d'eux-mêmes du mépris et du dégoût, et interrompent la cure devant l'impossibilité de surmonter les frustrations rencontrées, ou devant l'absence d'effet miraculeux du traitement.

D - ETUDES LONGITUDINALES DES REPONSES AFFECTIVES A LA PERTE DE POIDS EN FONCTION DE L'AGE DE DEBUT DE L'OBESITE

Etude du laboratoire "Metabolism and Behavior" de l'hôpital Rockefeller de New York.

1 - OBESITE AYANT DEBUTE AVANT L'AGE DE 18 ANS.

○ Les premières études de GLUCKSMAN et HIRSCH [41] en 1968, ont permis de démontrer que les patients dont l'obésité s'est installée avant l'âge de 18 ans rencontrent des difficultés psychologiques durant la cure d'amaigrissement : anxiété, état dépressif plus ou moins grave, inquiétude relative à la modification de leur corpulence, envies et rêves de nourriture. Ces difficultés persistent après le retour à une alimentation solide compatible avec une stabilisation du poids.

2 - OBESITE AYANT DEBUTE APRES L'AGE DE 19 ANS.

○ (GRINKER, HIRSCH et LEVIN, 1973).

Un protocole similaire a été appliqué ensuite à 5 adultes présentant une obésité sévère ayant débuté après l'âge de 19 ans. Tous ont dans leurs antécédents de nombreuses tentatives d'amaigrissement infructueuses. Aucun ne présente de problèmes médicaux autres que l'obésité, ni psychose, ni désordre sévère de la personnalité. Durant l'hospitalisation de six mois, comprenant trois périodes :

- 1°/ six semaines de maintien du poids ;
- 2°/ douze semaines de perte de poids (alimentation liquide équilibrée de 600 calories par jour) ;
- 3°/ six semaines de stabilisation du poids (alimentation solide).

la perte de poids moyenne a été de 30 kg. Aucun sujet n'a reçu de médication à effet psychostimulant, ni à effet tranquillisant. Comme précédemment, cette étude expérimentale a été conduite sans hypothèse de départ particulière concernant le type ou la direction du changement psychologique à observer. Les données recueillies l'ont été à partir :

- 1°/ de fiches d'observation psychologique en 14 points , remplies séparément par deux observateurs entraînés, à la suite de brefs entretiens non directifs entre 2 médecins, 1 psychologue et le patient.
- 2°/ de fiches remplies par les patients eux-mêmes, (Nowlis Mood Adjective Check List MACL qui consiste en une liste de 38 adjectifs relatifs aux sentiments éprouvés).

3 - CONFIRMATION DES RESULTATS

○ L'expérience a ensuite été reconduite avec un groupe supplémentaire de sujets dont l'obésité avait débuté avant 18 ans, en utilisant le même protocole. Ces derniers sujets ont aussi participé à de brèves périodes de diète hydrique. Les résultats de 1968 ont été confirmés ; ce qui prouve que les changements de comportement des obèses à début juvénile ne semblent pas être fonction de la restriction calorique de courte durée, ni de la procédure d'hospitalisation mais plutôt d'une perte de poids progressive sur une longue durée de temps.

○ C'est un des intérêts des recherches de ce laboratoire d'avoir grâce à une étude longitudinale mis en évidence l'intervention du facteur temps sur les réactions affectives à la cure d'amaigrissement. Nous avons tenu compte de cette information pour la mise en place de notre propre travail. Ces deux nouvelles études ont permis de montrer qu'on n'observe pas d'aggravation des symptômes d'anxiété, ni des symptômes dépressifs au fur et à mesure de la cure chez les obèses à début dans l'âge adulte.

4 - TABLEAU RECAPITULATIF

○ Nous avons tenté de résumer les résultats donnés dans ces différentes publications sous forme d'un tableau comparatif des réponses affectives à la cure d'amaigrissement selon l'âge de début de l'obésité.

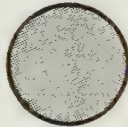
A travers l'étude bibliographique, il apparaît que :

-- les réponses affectives à la cure d'amaigrissement sont fonction de l'âge de début de l'obésité avant ou après 18 ans.

-- deux de ces réponses sont spécifiques de l'obèse en cure :

- .. les symptômes dépressifs
- .. les perturbations de l'image du corps,

et ne dépendent pas de la restriction calorique de courte durée, ni de la procédure d'hospitalisation, mais plutôt de la perte de poids progressive sur une longue durée de temps. Toutes deux sont plus intenses et peuvent persister pendant la période de stabilisation du poids, quand l'obésité est ancienne.

REPONSES AFFECTIVES A :	PERTE DU POIDS		STABILISATION DU POIDS	
anxiété				
symptomes dépressifs				
préoccupation % corpulence				
préoccupation % nourriture				
plaintes somatiques				
EN FONCTION DE L'AGE DE DEBUT DE L'OBESITE				

CHAPITRE VII

L'ORIGINALITE DE L'OBESITE EN CURE

A - OBESITE, CURE D'AMAIGRISSEMENT ET DEPRESSION

1 - OBSERVATIONS PERSONNELLES

○ Dès l'entrée dans le service : il s'agit de personnes obèses hospitalisées pour dépression. Il est nécessaire de traiter la dépression avant de traiter l'obésité proprement dite. L'hospitalisation permet la mise en place :

.. d'un traitement anti-dépresseur par voie parentérale durant 10 jours avant relai par le traitement oral,

.. d'une psychothérapie de soutien à poursuivre ensuite en consultation,

.. d'un régime hypocalorique (c'est l'aspect secondaire de l'hospitalisation dans ce cas ; la perte pondérale est d'ailleurs souvent minime, deux à trois kilos en 12 à 15 jours).

○ Au bout de 10 à 15 jours d'hospitalisation : l'état dépressif est secondaire à la mise au régime hypocalorique, et aux changements entraînés par la cure d'amaigrissement.

.. Il peut être mineur : tableau d'anxiété, de découragement, d'apathie et de tristesse de la deuxième semaine, parallèlement au ralentissement de la courbe de poids.

.. Il peut être majeur, nécessitant un traitement antidépresseur spécifique et un soutien psychothérapeutique.

.. Objectivement, on le repère au vu de la feuille de lit par le passage de 1 000 à 800 calories (pour tenter de faire chuter le poids),

et la prescription d'un anxiolytique ou l'augmentation de sa dose s'il avait déjà été prescrit.

- Après la sortie, dans les deux à trois mois : l'état dépressif est consécutif aux difficultés de la cure en ambulatoire.

Le traitement de l'obésité occasionne un état de stress plus important quand il est suivi à domicile car :

.. Il suppose une maîtrise personnelle du trouble du comportement alimentaire, sans l'aide de la diététique hospitalière.

.. Il suppose l'adaptation du régime au rythme de vie professionnel et familial. Souvent l'état dépressif se développe quelques semaines après la reprise du travail, quand le surcroît de fatigue et de préoccupations rend difficile la maîtrise du régime hypocalorique et fait réapparaître les fringales de 11 heures et 17 heures. Ou bien il se développe devant les réactions hostiles de la famille qui supporte mal les sautes d'humeur du patient. Souvent la femme obèse voudrait être reconnue à travers la cure qu'elle entreprend, elle voudrait être ménagée, soignée comme à l'hôpital, parfois inconsciemment elle voudrait faire payer à son entourage le régime qu'elle doit s'imposer.

.. Il entraîne la crainte de la rechute devant les écarts de régime qui se produisent fatalement.

- Dans la période de stabilisation du poids : l'état dépressif nous semble être réactionnel :

.. à l'état de frustration orale qu'a nécessité le régime. La personne "ne tient plus" à force de se restreindre.

.. à la crainte quasi psychosomatique de reprendre du poids, quand la perte de poids lui fait prendre conscience de son obésité passée.

.. à la révélation de problèmes jusque là masqués par l'obésité, quand la personne doit affronter les situations de sa vie relationnelle, sociale, sexuelle... (situations évitées auparavant sous prétexte de l'obésité). L'adaptation est parfois trop difficile (KAPLAN, 1957 [59]).

2 - L'ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE

nous a montré (STUNKARD, 1974 [102]) :

- que l'apparition de symptômes dépressifs est spécifique de l'obèse en cure (ils n'apparaissent pas chez une personne de poids normal soumise à une restriction alimentaire sévère).

- que trois variables peuvent modifier leur intensité :

.. les personnes dont l'obésité a débuté dans l'enfance semblent plus vulnérables que les personnes dont l'obésité s'est installée à l'âge adulte.

La dépression est due à une situation ou à des sentiments de mésestime de soi, en termes psychanalytiques à une blessure narcissique (ROSOLATO [85]). L'image que la personne a d'elle-même ne la satisfait pas. La fuite dans la dépression a une fonction économique : elle permet d'éviter la confrontation avec la situation ou les sentiments en cause.

Les blessures narcissiques de l'enfance ou de l'adolescence ont laissé des traces dans la personnalité de l'adulte sous forme d'une non-acceptation de son corps, allant parfois jusqu'au dégoût. Il faut peu de choses pour réactiver cette blessure.

.. la restriction calorique sévère (600 calories) peut produire des symptômes de souffrance émotionnelle plus tôt que la diète.

.. le traitement ambulatoire est plus stressant que le traitement à l'hôpital.

3 - HYPOTHESES DE RECHERCHE :

Nous nous sommes demandé si l'état dépressif n'était pas à mettre en relation avec le trouble de l'image du corps.

.. en raison du lien entre la non acceptation de son corps et la non-acceptation de soi (image du corps et narcissisme (ROSOLATO [85])).

.. en raison de la spécificité du trouble de l'image du corps chez l'obèse en cure.

B - OBESITE, CURE D'AMAIGRISSEMENT ET IMAGE DU CORPS

Au début de notre recherche, nous entendions intuitivement par image du corps : la représentation mentale que la personne a de son corps, et nous parlions de troubles de l'image du corps ou de difficultés du schéma corporel quand la personne ne veut pas accepter ou ne perçoit pas la réalité de son corps.

1 - OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous avons observé des troubles de l'image du corps chez l'obèse en cure dans quatre circonstances :

○ Dès l'entrée dans le service :

.. surtout dans les cas d'obésité ancienne (souvenirs marquants des critiques des camarades d'écoles ou des membres de la famille), refus de l'obésité.

.. dans les cas d'obésité sévère aussi (critiques dans les lieux publics souvent injurieuses ; beaucoup plus rarement, réflexions du conjoint), honte et dégoût du corps.

.. beaucoup plus rarement, dans les autres cas où le trouble est plus discret : difficulté à appréhender le schéma de son corps "gros", souffrance esthétique.

○ Durant l'amaigrissement dès la deuxième semaine : non-perception du changement en cours.

○ Durant l'amaigrissement, après une perte de poids de 6 à 8 kg : surestimation du volume corporel, et retard d'intégration du changement ; la personne se sent aussi grosse qu'avant la cure.

○ Après l'amaigrissement, en consultation :

.. persistance de la non-intégration du changement, seulement dans les cas d'obésité à début dans l'enfance : la personne reste très préoccupée par son corps et présente une dysmorphophobie avec angoisse à la reprise d'un ou deux kilos. (APFELBAUM, 1973 [3]).

.. dans les autres cas de trouble durant l'amaigrissement, le changement s'intègre avec un délai.

2 - ETUDE BIBLIOGRAPHIQUE :

Nous nous sommes aperçu que ces troubles étaient souvent latents, inconnus du malade et négligés par le médecin. Ce fait nous a intrigué et nous a incité à poursuivre notre recherche sur l'image du corps dans l'obésité, et à affiner notre compréhension des troubles de l'image corporelle en général, d'autant que l'étude bibliographique, dès le début, nous a révélé :

○ la spécificité de ce trouble chez l'obèse en cure (STUNKARD [99] [102])

o l'incidence thérapeutique de ce trouble : (STUNKARD [100] [101])

.. échec prévisible de la cure dans les cas d'image corporelle perturbée,

.. indication spécifique d'un traitement psychothérapeutique associé à la cure en cas de perturbation de l'image du corps.

3 - HYPOTHESES DE RECHERCHE :

Nous nous sommes demandé si la mise en évidence d'une discordance entre le corps perçu et le corps réel ne pourrait pas être un élément de pronostic.

3 . 1 - Comment les troubles de l'image du corps :

- non-perception du changement corporel en cours, malgré une perte de poids de 5 à 6 kg,
- surestimation de ce changement,
- désir irréalisable d'un corps filiforme

peuvent-ils être décelés dans :

- l'interrogatoire du malade,
 - l'entretien psychologique,
 - le test de psychodiagnostic de RORSCHACH,
- et le dessin de son propre corps (tel qu'il est maintenant, tel qu'il était au maximum du poids, et tel qu'il est désiré pour l'avenir) ?

3 . 2 - Le dépistage de ces troubles est-il un élément de pronostic ?

- de l'efficacité de la cure à long terme ou du risque d'échec par arrêt précoce ou par rechute rapide,
- du risque d'apparition d'un état dépressif pendant (2ème semaine, 2ème mois) ou après (période de stabilisation) l'amaigrissement, la discordance entre l'image du corps perçu et la réalité du corps pouvant faire craindre tôt ou tard une désillusion narcissique plus ou moins insurmontable ?



DEUXIEME PARTIE

LA NOTION D'IMAGE DU CORPS

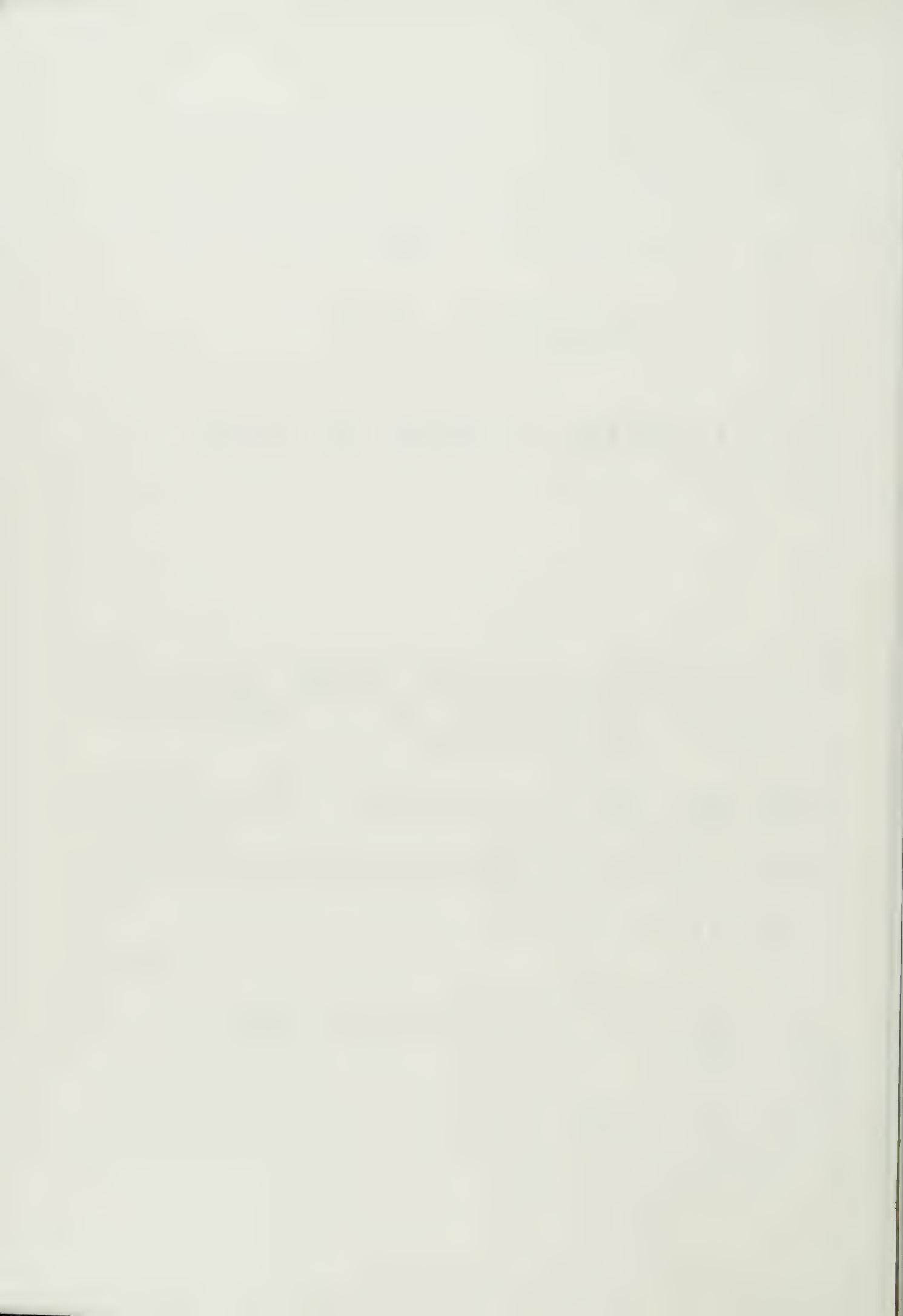
L'image du corps peut être définie comme la représentation mentale que l'on a de son propre corps, au repos ou en mouvement, à tout instant. Elle se forme à partir de sensations internes, de changement de posture, de contact avec des objets externes ou avec autrui, d'expériences émotionnelles et d'activités fantasmatiques.

Chez l'obèse, la perturbation de l'image du corps apparaît particulièrement fréquente. Dans les cas les plus anciens, ce trouble persiste après l'amaigrissement.

S'il est important de s'attacher à rechercher une telle anomalie, la multiplicité même des techniques proposées, - que nous avons analysées en détail -, témoigne de la difficulté de leur diagnostic.

Plusieurs éléments, faciles à recueillir, ont cependant, à nos yeux, une bonne valeur d'orientation :

- à l'interrogatoire, l'existence de souvenirs scolaires marquants, relatifs à l'excès pondéral.
- durant la cure, l'absence de perception du changement corporel en cours.



CHAPITRE I

HISTORIQUE DE LA NOTION D'IMAGE DU CORPS

Dans cette étude, nous ferons grandement appel à FISHER et CLEVELAND (1968, [31]), à ROSOLATO (1971, [84]), ainsi qu'à SCHONTZ (1969, [91]).

Selon notre expérience, deux points nous apparaissent spécifiques de l'obèse en cure :

- l'aggravation des difficultés psychologiques rencontrées en fonction de l'ancienneté du trouble et de son début dans l'enfance ou au moment de la puberté.
- l'importance dans leur déterminisme des perturbations de l'image du corps.

A ce point de notre travail, nous nous sommes posé la question suivante : y a-t-il une relation entre ces deux problèmes, et si oui laquelle ?

La recherche d'une réponse précise nous a conduit à nous demander :

- comment se définit la notion d'image du corps ?
- quels en sont les moyens d'étude ?
- en quoi le choix méthodologique peut-il influencer les résultats ?

En effet, cette démarche préliminaire s'est avérée nécessaire dès que nous avons voulu affiner notre compréhension du vécu corporel de l'obèse.

Il est difficile de retracer l'historique de la notion d'image du corps et même d'en définir la position actuelle parce que ce concept a été utilisé dans des disciplines très différentes les unes des autres comme système de référence potentiellement prometteur. Dans la bibliographie, on le trouve cité à propos de problèmes neurologiques, psychiatriques, et aussi à propos de phénomènes d'hypnose, de maladies psychosomatiques, des effets des drogues, ou des résultats psychothérapeutiques.

I N T R O D U C T I O N

1 - DEFINITION DE LA NOTION D'IMAGE DU CORPS

En France, on maintient la distinction entre schéma corporel et image du corps pour différencier les points de vue neurologique et psychologique. Aux U.S.A., on emploie le terme d'image du corps (body image) pour parler indifféremment des deux. Depuis, d'autres termes ont été employés sans être toujours définis de façon satisfaisante (TRAUB et ORBACH, 1964 [109], BRUCH, 1978 [18], FISHER et CLEVELAND, 1968 [31], SYMTHIES, 1953 [106]) ce qui ajoute à la confusion : concept du corps, corps perçu, moi corporel, expérience du corps, limites du corps, conscience du corps, etc...

Dans son sens le plus littéral, l'image du corps est la représentation mentale de notre propre corps, tel qu'il nous apparaît (SCHILDER, 1935 [89]).

FREUD en fait un concept à la base du développement du moi, et le moi se définit alors comme la projection mentale des sensations à la surface du corps (FREUD, 1927 [34]).

Dans le langage psychiatrique actuel, l'image du corps comprend, semble-t-il, d'un côté la représentation externe, interne et posturale du corps, de l'autre les attitudes, émotions et réactions subjectives de l'individu vis à vis de son propre corps. (KOLB, 1959 [62]).

Personnellement, nous retenons, pour sa clarté, la définition de SAL-KIN, psychothérapeute en "Dance therapy" (1973, [87]) :

"la représentation mentale que l'on a de son propre corps, au repos ou en mouvement, à tout instant. Elle se forme, à partir de sensations internes, de changements de posture, de contact avec des objets externes ou avec autrui, d'expériences émotionnelles et d'activités fantasmatiques".

2 - ASPECTS PHENOMENOLOGIQUES DES PERTURBATIONS DE L'IMAGE DU CORPS

Historiquement, c'est à travers l'étude des aspects phénoménologiques de ses perturbations que la notion d'image du corps s'est peu à peu précisée.

○ KOLB a dressé la classification des tableaux cliniques où l'on peut observer une image du corps perturbée (1959, [62]) :

1. les maladies neurologiques qui atteignent un quelconque élément du système sensori-moteur, affectant le mouvement ou la posture, que cet élément appartienne au système nerveux central ou périphérique,
2. les changements morphologiques causés par les désordres métaboliques ou toxiques,
3. les déformations d'installation progressive, de survenue précoce ou tardive, causées par d'autres maladies organiques, rhumatismales par exemple,
4. les amputations ou les traumatismes aigus,
5. les perturbations du développement de la personnalité, en incluant les psychoses, les névroses et les états psychopathiques.

○ En neuropathologie, les principales données de l'observation clinique concernant les troubles de l'image du corps proviennent :

- du phénomène du membre-fantôme (TAUBER, 1949 [107], HABER, 1955 [49] , SIMMEL, 1958 [94]),
- des asomatognosies (SCHILDER, 1935 [89],
- de l'autotopognosie,
- de la désorientation spatio-temporelle, (FOLLIN, AZOULAY, 1961 [32]),
- des apraxies (SCHOTT, TRILLET, MICHEL, 1975 [92]).

○ En psychopathologie, elles proviennent :

- des phénomènes de dépersonnalisation (SCHILDER, 1935 [89]),
- des troubles d'une schizophrénie avancée (FOLLIN, AZOULAY, 1961 [32])
- des expériences où la perception du corps se modifie sous l'influence des drogues hallucinogènes (SAVAGE, 1955 [88]),
- d'un isolement sensoriel (AZIMA et LEMIEUX, 1962 [5],
- d'une suggestion hypnotique (KLEMPERER, 1954 [61],
- de la fatigue ou du stress, de l'endormissement ou du rêve éveillé

(FEDERN, 1926 [26]), des séances de psychanalyse (FISHER et CLEVELAND, 1968 [31]).

A - ABORDS PHILOSOPHIQUE, NEUROLOGIQUE ET PSYCHOLOGIQUE DE L'IMAGE DU CORPS

On peut aborder la question de la conscience du corps (comment le percevons-nous ? comment nous le représentons-nous ?) de trois façons différentes :

- philosophique
- neurologique
- psychologique.

I - POINT DE VUE PHILOSOPHIQUE : LE LIEN CORPS-PENSEE

Le point de vue philosophique aborde le problème sous l'angle du lien corps-pensée ; (y a-t-il le corps d'un côté, l'esprit de l'autre ou sont-ils une seule et même réalité ? ; Qu'est-ce qu'une personne, qu'est-ce que l'identité ?)

Nous ne discuterons pas ici du problème philosophique mais il doit rester clair que toute réflexion est influencée par la culture dans laquelle elle s'inscrit.

II - POINT DE VUE NEUROLOGIQUE : LE SCHEMA CORPOREL

Le second point de vue est neurologique. Il aborde le problème sous l'angle du schéma corporel. Il est fondamental pour la compréhension contemporaine. Historiquement, les neurologues ont été les premiers à s'intéresser à la manière dont nous nous représentons notre propre corps en s'appuyant non plus sur des spéculations mais sur des données de l'observation clinique.

Le concept de schéma corporel s'est forgé autour de 1920-1930 pour tenter de rendre compte du comportement des patients amputés ou atteints de déficit neurologique. Les noms attachés à ce concept sont :

- HEAD
- SCHILDER
- GERSTMAN.

1 - AVANT 1920 :

Avant l'introduction du terme de schéma corporel, une approche du problème avait été esquissée.

1 . 1 - EN 1870, PAR WERNICKE

(1961, [32]) à travers le concept de *somatopsychée* qui signifie l'orientation dans la sphère corporelle par opposition à deux autres sphères d'orientation : l'*allopsychée* (concernant le monde extérieur) et l'*autopsychée* (concernant le moi intérieur) ; concept forgé pour rendre compte des troubles de la perception du corps dans les processus hallucinatoires (GANTHERET, 1951 [38]).

1 . 2 - EN 1905, PAR UN NEUROLOGUE FRANÇAIS BONNIER

à travers le concept d'*aschématie* dans les cas où le patient a l'impression que l'ensemble de son corps a disparu. (BONNIER, 1905 [13]).

1 . 3 - VERS 1920 PAR UN NEUROLOGUE ALLEMAND PICK

qui introduit le terme d'*autoatopognosie* (impossibilité pour un sujet de distinguer son hémicorps droit de son hémicorps gauche) et émet l'hypothèse qu'un individu construit peu à peu une image spatiale de son corps par un processus d'origine centrale. (FOLLIN, AZOULAY, 1961 [32]). C'est surtout au problème *du membre fantôme* que PICK tente d'appliquer ce concept. Il émet le postulat suivant : les sensations ressenties par les amputés au niveau de leur membre fantôme résultent d'un décalage entre les configurations du corps avant et après amputation.

2 - HEAD :

Henri HEAD, neurologue britannique qui publie la plupart de ses écrits autour de 1920, fait de l'image du corps une des plus importantes données de son système de pen-

sée sur les problèmes neurologiques ; cela permet l'analyse de nombreux syndromes dont l'hémiasomatognosie et l'anosognosie.

HEAD est le premier à construire une théorie véritablement élaborée de l'image du corps. De ses observations, il conclut que chaque personne construit une représentation ou un modèle de lui-même qui devient peu à peu un schéma de référence avec lequel tous les mouvements et toutes les postures du corps sont mises en relation. Sans un tel modèle, l'individu ne peut pas passer d'une posture à une autre de façon harmonieuse. Chaque nouveau mouvement est mis en relation avec un modèle permanent qui lui permet de s'intégrer à ce qui s'est produit auparavant. HEAD donne le nom de schéma à ce modèle de comparaison et résume ainsi l'essentiel de ce concept :

"Chaque changement reconnaissable entre dans la conscience, déjà chargé de sa relation à quelque chose qui s'est passé avant, exactement comme, sur le compteur d'un taxi, la distance nous est représentée déjà transformée en francs et en centimes. De sorte que le produit final de tous les essais qui visent à apprécier la posture ou le mouvement passif, parvient à la conscience comme un changement postural déjà étalonné.

Pour désigner ce standard auxquels sont mesurés, avant d'entrer dans la conscience, tous les changements de posture, nous proposons le mot "schéma". Comme nous changeons perpétuellement de position, nous sommes toujours en train de construire un modèle postural de nous-mêmes en constante transformation. Chaque nouvelle posture ou mouvement vient s'enregistrer sur ce schéma plastique et l'activité corticale met en relation avec lui chaque nouveau groupe de sensations évoquées par la posture nouvelle. Il s'ensuit une connaissance immédiate de la posture, dès que cette relation est établie".

(HEAD, 1920 [52]).

3 - SCHILDER :

De 1920 à 1930, c'est en Allemagne et en Autriche que se poursuit l'approche du concept d'image du corps, et que sont posées les fondations de la plupart des postulats actuels. A Vienne un groupe de neurologues dont les plus connus sont Paul Schilder et Otto Poetzl décrit, regroupe et classe dans de nombreuses publications, les syndromes neurologiques incluant des troubles de l'attitude corporelle, et tente de définir la base de tels syndromes.

3 . 1 - DEFINITION DE L'IMAGE DU CORPS

○ En 1935, SCHILDER, à la fois neurologue et psychanalyste, publie un livre intitulé "l'image du corps" [89] qui demeure un ouvrage fondamental. On y trouve la réflexion la plus détaillée et la synthèse la plus globale sur le sujet. Le livre débute par cette définition :

"L'image du corps humain, c'est l'image de notre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit la façon dont notre corps nous apparaît à nous même."

Des sensations nous sont données ; nous pouvons voir certaines parties de la surface du corps ; nous avons des impressions tactiles, thermiques et douloureuses ; d'autres sensations viennent des muscles et de leurs gaines et renseignent sur la déformation du muscle ; des sensations nous viennent de l'innervation des muscles ; des sensations enfin nous parviennent des viscères. Par delà ces sensations nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps. Cette unité est perçue, mais elle est plus qu'une perception. Nous disons qu'elle est un schéma de notre corps ou schéma corporel, ou encore, comme le fait HEAD, pour bien rendre l'importance qu'a ici, la connaissance de la position du corps, un modèle postural du corps. Le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de soi même. Nous pouvons aussi l'appeler "image du corps", terme bien fait pour montrer qu'il y a ici autre chose que sensation pure et simple, et autre chose qu'imagination : un "apparaître à soi-même du corps ; terme qui indique aussi que, bien que passant par les sens, ce n'est pas là pure perception et bien que contenant des images mentales et des représentations, ce n'est pas là pure représentation"

(SCHILDER, 1935 [89])

3 . 2 - SYNTHESE DES POINTS DE VUE NEUROLOGIQUE ET PSYCHOLOGIQUE

○ La double formation neurologique et psychanalytique de SCHILDER lui donne le désir et la possibilité, dès le début de son livre, d'établir une vision synthétique de l'image du corps. "Quelle est la base physiologique de cette connaissance que nous avons de notre corps ? L'examen montrera qu'il s'agit d'un appareil compliqué. Nous nous trouverons devant le problème général de savoir de quelle façon l'image du corps reflète la structure du corps. Quel est le rapport entre l'anatomie, le modèle postural et la connaissance que nous avons de notre corps ? Il se peut qu'il y ait dans notre image du corps plus que nous n'en savons consciemment sur notre corps (...). Quelle est la structure psychologique de la connaissance du corps ? Nous avons là une unité très naturelle. Qu'est-ce qui dans cette unité est donné par l'expérience ? Et qu'est-ce qu'une Gestalt, qu'est-ce qu'une forme qui est donnée originellement ? Le modèle postural est-il construit à partir de sensations et de souvenirs, ou y a-t-il autre chose au delà des sensations ?" (SCHILDER, 1968 [89], p. 37.

4 - GERSTMANN :

Parallèlement aux travaux de l'école de SCHILDER, les travaux de GERSTMANN vont avoir une influence considérable sur la théorie de l'image du corps.

4 . 1 - DEFINITION NEUROPHYSIOLOGIQUE DE L'IMAGE DU CORPS

o En 1957, il prononce un hommage à la mémoire de SCHILDER dans lequel il résume de façon admirable la définition neurophysiologique de l'image du corps : (GERSTMANN, 1958 [40])

"Par image du corps, ou schéma corporel, on entend l'image ou le modèle interne que l'on forme dans son esprit au cours de sa vie de son propre corps ou de son moi physique, et qu'on transporte avec soi involontairement, c'est à dire en dehors de la conscience centrale. C'est une sorte de diagramme mental intérieur qui représente notre corps dans son entier, aussi bien que dans chacune de ses parties et de ses territoires, qui tient compte de leurs topographie, forme, taille, structure et fonction différenciées, et de leurs interrelations spatiales. C'est aussi une représentation des directions cardinales du corps : droite, gauche, devant, derrière, haut et bas. Le schéma corporel peut être conçu comme un complexe de schémas personnels intimement reliés les uns aux autres et intégrés dans un ensemble ; certains d'entre eux semblent prédominer.

Des investigations spécifiques montrent que toutes les expériences sensorielles qui proviennent des divers appareils et organes du corps : expériences tactiles, proprioceptives (dont les expériences labyrinthiques), optiques, et probablement entéroceptives, contribuent à faire de l'image du corps ou schéma corporel un système d'intégration et d'organisation hautement précis, qui permet à l'individu de reconnaître son corps globalement et en détail, de s'orienter vis à vis de lui et qui facilite les relations entre le corps et les objets, le corps et l'espace.

Comme tous les arrangements nerveux hautement intégrés, l'image du corps est un processus d'activité psychophysiologique. La nature psychique de l'image du corps est essentielle, c'est elle qui détermine les aspects particuliers des désordres de l'image du corps.

L'image du corps ne doit pas être conçue comme un modèle statique mais dynamique ; elle se façonne constamment sous le flot permanent des impressions et des perceptions afférentes toujours en changement. L'orientation vis à vis de notre corps dépend, d'une part, d'un fonctionnement normal de l'appareil central spécifique qui produit l'image du corps, de l'autre de la mise en relation constructive de chaque impression ou perception sensorielle induite par un changement corporel de posture, de position dans l'espace ou autre, avec le schéma corporel plastique. Chaquenouveau groupe de sensations afférentes doit être mis en relation fonctionnelle correcte avec le mécanisme de l'image du corps pour pouvoir servir à l'orientation et à la reconnaissance du corps. Cette mise en relation se fait par activité cérébrale directe, avant que ces sensations ne parviennent à la

conscience. Grâce à elle, nous pouvons nous approprier nos expériences, alors que sans elle, les sensations d'origine périphérique restent isolées et nous donnent le sentiment étrange d'être coupé de notre corps. Grâce à elle, nous pouvons donner aux sensations leur sens final, tant au niveau de la perception, que de l'imagination ou du concept. Il nous est possible de nous reconnaître et de nous orienter par rapport à un territoire de notre corps, comme par rapport à un changement dans notre corps, uniquement lorsque les sensations qui entrent dans cette prise de conscience sont chargées d'une relation complète avec les différents niveaux physiologiques et psychologiques de l'image du corps : relation qui se poursuit à des niveaux inconscients, mais qui rejaillit sur le niveau conscient, et l'imprègne.

L'image du corps peut s'étendre au delà des limites du corps. SCHILDER a montré qu'une canne, un chapeau, un tatouage, un maquillage, des bijoux, des décorations, des vêtements, ou tout ce qui vient se mettre en connexion intime avec la surface du corps et change l'apparence physique est plus ou moins incorporé jusqu'à devenir une partie du corps. HEAD disait que le schéma corporel va jusqu'au bout de la plume du chapeau d'une femme".

4 . 2 - LE SYNDROME DE GERSTMANN

○ Toute sa vie, GERSTMANN s'intéresse aux aspects psychologiques et phénoménologiques des désordres de l'image du corps observables en neuro-pathologie. Cet intérêt l'oriente vers une découverte neurologique importante, celle d'un syndrome qui porte maintenant son nom.

Le syndrome de GERSTMANN associe agnosie digitale, acalculie, agraphie et un trouble de l'orientation droite-gauche (vis à vis de son propre corps et de celui des autres). GERSTMANN pense qu'il s'agit d'un désordre spécifique du schéma corporel. L'association de troubles de quatre fonctions qui apparemment n'ont rien en commun fait la particularité de ce syndrome. L'agnosie digitale n'est habituellement pas associée à d'autres agnosies. L'importance de ce syndrome réside dans les questions et les hypothèses qu'il a soulevées, en particulier concernant la place de la main dans l'ensemble du schéma corporel (FISHER et CLEVELAND, 1968 [31]. C'est souvent la main qui permet la manipulation de l'environnement. GERSTMANN s'est demandé si l'acalculie avait un rapport avec la perte de la partie du schéma corporel qui correspond aux doigts. Compter sur ses doigts, en effet, est à la base du calcul mental et notre système décimal de base dix représente les limites anatomiques des dix doigts.

Ceci est d'une grande importance théorique : ce syndrome suggère que les capacités de base de l'individu peuvent dépendre d'une bonne organisation de l'image du corps, donc d'un bon développement du schéma corporel.

Cela pose une question : l'image du corps ne serait-elle pas le fondement nécessaire au développement d'autres systèmes d'adaptation de l'individu ?

5 - APRES 1950 :

5 . 1 - RECHERCHES NEUROPSYCHOPHYSIOLOGIQUES

- Effectivement, les travaux de GERSTMANN vont ouvrir la voie aux recherches neuropsychophysiologiques des vingt dernières années sur les problèmes de latéralisation (TZAVARAS, 1978 [110]) sur les apraxies (SCHOTT, TRILLET, MICHEL, 1975 [92]), et sur les aphasies (BARBIZET, DUIZABO, 1977 [7], et vont donner à la notion de schéma corporel ses applications dans le domaine de la rééducation : rééducation fonctionnelle, psychomotrice, et orthophonique.

5 . 2 - LOCALISATION DE L'AIRES DU SCHEMA CORPOREL

- Ces travaux vont remettre en question les hypothèses concernant la localisation corticale de l'aire du schéma corporel. Le plus souvent, il est reconnu que l'aire du schéma corporel se situe en pariétale gauche (ANATOSOPOULOS, 1955 [2]). Mais on constate qu'une lésion pariétale droite peut entraîner une méconnaissance du côté gauche, avec apraxie d'habillage et troubles de l'orientation dans l'hémiespace gauche (DENNY-BROWN, 1958 [23]). De même le syndrome de disconnection calleuse provoque des apraxies (SCHOTT, TRILLET, MICHEL, 1975 [92]). On a pu observer par ailleurs qu'une ablation unilatérale ne supprime pas la sensation d'un membre fantôme du côté opposé (POOL, 1954 [79], CRITCHLEY, 1950 [21]).

L'étude des gauchers a permis de soulever une remise en question de la notion d'hémisphère dominant. (MEULDERS, DUBOISACQ, SCHEPENS, 1978 [74]), et d'admettre l'hypothèse d'une complémentarité des cerveaux droit et gauche, chacun ayant la prédominance pour un certain nombre d'actes.

5 . 3 - RECHERCHES EXPERIMENTALES

- Les hypothèses théoriques construites pour rendre compte des données cliniques ont, à la faveur de nouvelles techniques d'investigation neurologique, permis des recherches expérimentales pour clarifier le problème de l'organisation du développement du schéma corporel.

C'est le cas des travaux de BENDER (1952 [9]) et COHEN (1953 [20]). Ils stimulent simultanément l'individu en deux points du même côté du corps et lui demandent où on l'a stimulé. Il peut se produire un phénomène d'extinction sensitive. La stimulation est perçue de façon très nette, au niveau de la tête, des organes génitaux et des mains. Sur d'autres parties du corps, la stimulation n'est pas constamment perçue, du moins au premier essai chez le sujet normal, qui parvient à corriger son erreur ensuite. Par contre, l'erreur persiste chez les enfants de moins de 4 ans et chez les sujets atteints de perturbations de la conscience d'origine organique.

"A partir d'une symptomatologie neurologique précise (asomatognosies, autotopoagnosies, désorientation spatio-temporelle, membre-fantôme) jusque dans la localisation des lésions (pariétales principalement), on a été amené à s'intéresser au sentiment de la présence du corps : pour reconnaître, avec les données des sensibilités proprioceptive, entéroceptive, kinesthésique, labyrinthique, un fond cénesthésique pour lequel on parlera, selon les auteurs, de schéma corporel, d'image spatiale, ou d'image corporelle. Ce qui est ainsi appréhendé concerne d'abord la présence du corps éprouvée, et pour laquelle non seulement comptent les afférences cénesthésiques, mais également les afférences extéroceptives, ainsi que toutes les expériences passées et leur souvenir acquis au long du développement psychomoteur ; ce "schéma corporel" vaut non seulement comme une vérification statique mais soutient tout projet dynamique ; de plus, cette image corporelle possède une fonction de représentation, souvent latente, et dont on peut mettre en évidence les perturbations à l'occasion d'une lésion neurologique".

(ROSOLATO, 1971 [84]).

III - POINT DE VUE PSYCHOLOGIQUE : POSITION FREUDIENNE DE L'IMAGE DU CORPS

Le troisième point de vue est psychologique. Il aborde le problème de l'image du corps.

FREUD fait de l'image du corps un élément essentiel dans la constitution du moi qui, à son tour, est considéré comme une projection mentale des sensations qui naissent à la surface du corps (FREUD, 1927, [34]). D'une certaine manière, ce point de vue est radicalement différent du précédent. Scientifiquement, il est prudent de dissocier les deux démarches neurologique et psychologique car elles utilisent des langages totalement différents ; il vaut mieux se méfier des confusions et des glissements abusifs. Cependant, la littérature anglo-saxonne utilise indifféremment le terme d'image du corps (body-image) pour les deux points de vue ; en France la distinction est plus fréquente entre schéma corporel quand on parle du point de vue neurologique, et image du corps pour l'aspect psychologique.

1 - IMAGES DU CORPS LIBIDINALES

"La psychanalyse a montré combien les images du corps actives dans une fantasmatique, recomposent les réalités de l'anatomophysiologie, ou font fi d'elles...

Ainsi, la découverte par FREUD des étapes de l'évolution libidinale chez l'enfant a mis en évidence, à la fois, l'importance des zones orificielles du corps, leur prévalence successive au cours du développement génétique et leur fonction érogène, sexuelle, s'étayant sur des besoins d'ordre vital. Or, ces images sous-tendent toutes les activités mentales ou physiques et progressent avec l'âge : la portée et les applications du désir, le projet corporel jusque dans ses postures ou sa symptomatologie, se trouvent marqués par elle". (ROSOLATO, 1971 [84]).

La conception freudienne du développement de la sexualité est par bien des côtés une théorie de l'image du corps : images du corps libidinales.

1 . 1 - LES 3 STADES DU DEVELOPPEMENT PSYCHOSEXUEL

Dans les "trois contributions à la théorie de la sexualité", FREUD suggère que l'enfant est initialement un pervers polymorphe. Toutes sortes de stimuli peuvent devenir sources d'excitation et il n'y a pas véritablement de zones érogènes bien localisées.

FREUD propose trois stades du développement psychosexuel de l'enfant : oral, anal et génital. A chaque stade, la perception du monde se fait à partir de la zone investie, et l'enfant en déduit plus ou moins une conception du monde à l'image des découvertes que lui permet son corps.

Au stade oral, la bouche manifeste la plus grande sensibilité à la stimulation et l'enfant recherche la stimulation de la zone orale qui est source de plaisir. Il a tendance à tout porter à la bouche, c'est son moyen de découverte des objets et d'exploration de l'environnement. La région buccale est alors dominante dans son schéma corporel. L'enfant interprète le fonctionnement du monde sur le mode de l'oralité, avec ses thèmes de destruction, de morcellement, d'absorption, d'incorporation, d'introjection et de projection, images archaïques décrites par M. KLEIN. Les personnes qui présentent un trouble du poids ont souvent, nous semble-t-il, une oralité dominante ; leur perception du monde est facilement à cette image, leur mode de relation avec le médecin aussi.

Nous ne développerons pas ici en détail les stades anaux et génitaux.

Retenons seulement qu'au stade anal, l'enfant, à l'occasion de l'apprentissage de la propreté, est particulièrement intéressé par la réten-tion et l'expulsion, et perçoit la relation à son corps et à autrui en termes d'échange et de contrôle où il conserve sa toute puissance d'enfant, du moins pour l'essentiel.

Quand les sensations provenant de la zone génitale prennent une grande importance, l'enfant donne à cette zone la primauté, et très vite interprète les situations d'angoisse comme pouvant être la source d'une mutilation. La période phallique est dominée par la castration et parallèlement par la problématique de l'identification corporelle à chacun des deux parents et de la différence des sexes.

1 . 2 - FIXATION, REGRESSION, DEPLACEMENT

Quand le développement psychosexuel parvient à maturité, la zone génitale l'emporte. Cette maturité n'est possible que si l'individu fait l'expérience successive des différents stades. Divers facteurs, dans la vie de l'individu, peuvent l'amener à rester fixé à une phase donnée du développement ou peuvent le forcer à retourner à une phase précédente avant d'être parvenu à la maîtrise du stade suivant. Par exemple, une personne peut rester fixée au stade oral parce qu'elle a trouvé à ce stade soit une sursatisfaction, soit une insatisfaction. L'enfant surnourri ou l'enfant privé peuvent tous deux avoir été marqués par cette expérience alimentaire inadéquate, rechercher toute leur vie les satisfactions orales et conserver des tendances introjectives et projectives très fortes vis à vis de leur entourage.

FREUD et SCHILDER ont vu, dans la fixation et le stade auquel elle survient, les déterminants du modèle spécifique des troubles de l'image du corps. La fixation au stade oral peut conduire à une interprétation rigide de tous les stimuli dans un sens oral. Par exemple, une femme fixée au stade oral, peut donner à tous les orifices de son corps le type de sensibilité propre à la bouche : elle peut réagir à la stimulation sexuelle comme à une expérience d'incorporation, de même elle peut donner aux yeux la valeur d'une bouche, et "*manger du regard*". (FISHER et CLEVELAND, [31]).

FREUD indique aussi que les parties du corps peuvent être mises en équivalence : une ouverture peut être considérée comme une source de gratification interdite, et un déplacement sur une autre ouverture peut se faire : par exemple la bouche peut remplacer l'anus et servir à la rétention ou à l'expression de l'hostilité (cf. dans l'anorexie mentale).

FREUD indique enfin que les parties externes du corps peuvent avoir le même sens inconscient. Par exemple, le nez et les mains sont souvent symboliquement associés au pénis. De même les sensations génitales peuvent être déplacées vers le haut du corps dans des maux de tête ou des algies faciales.

1 . 3 - CORPS FANTASMATIQUE ET RELATION MEDECIN-MALADE

FREUD a montré que les troubles de l'image du corps peuvent relever d'une logique archaïque bien loin de l'anatomie. L'anatomie imaginaire du corps fantasmatique peut se situer sur un plan médical patent et s'exprimer à travers la pathologie fonctionnelle. Si les sciences médicales et leurs explorations instrumentales ignorent l'importance et l'activité permanente de ces images du corps, elles restent cependant une référence majeure pour le malade.

"Lorsqu'il est question de souffrance, l'image du corps malade entraîne celle de la relation au médecin"

(ROSOLATO, p. 7)

Nous pensons qu'un problème similaire se pose dans l'obésité. L'obésité est-elle véritablement une maladie ? Actuellement, elle échappe à la science médicale ; son étiopathogénie demeure un mystère, même si les hypothèses sont nombreuses (BRAY, 1976 [15]). L'obèse n'en exprime pas moins une souffrance qu'il demande de soulager. Dans ce cas, le principal remède, c'est le médecin lui-même. (technique BALINT). La demande de l'obèse situe le médecin au plus près de la limite de son savoir. "Il peut compenser cet état de choses... par un confortable scepticisme reposant sur des connaissances pratiques qui ont fait leurs preuves pour lui". (ROSOLATO, p. 6). Mais devant l'obèse, le médecin doit souvent constater son impuissance. Selon son tempérament, il l'acceptera avec humilité ou rejettera la faute de l'échec sur le patient, refusera de continuer à le soigner s'il ne maigrit pas d'ici la prochaine consultation. Mais d'autres obèses viendront, et l'interrogation qu'ils expriment demeurera posée par l'attitude du médecin, même à son insu. La permanence de la demande met le médecin, dans tous les cas, en position de témoin du symptôme et de la souffrance.

2 - IMAGE DU CORPS ET CONSTITUTION DU MOI

L'originalité de la psychanalyse est d'avoir montré combien les images du corps, actives dans la vie quotidienne et fantasmatique, s'éloignent des images anatomiques du corps.

Ces images, qui peuvent être inconscientes, obéissent aux règles du développement de la sexualité et constituent les images libidinales du corps.

Déjà nous apercevons que l'image du corps peut être centrée suivant différentes perspectives : neurologique sur ce que ROSOLATO appelle "les gnosies corporelles", psychanalytique "sur les investissements libidinaux".

Rappelons qu'à travers une symptomatologie neurologique précise jusque dans la localisation des lésions (parié-

tales), les neurologues se sont intéressés au sentiment de la présence du corps pour reconnaître sous le terme de schéma corporel la présence du corps éprouvé et représenté.

FREUD donne-t-il des éléments pour établir une synthèse entre ces deux points de vue ? Il semble qu'à travers ses derniers écrits, (1927, [34]), FREUD ait vu dans le Moi une instance psychique susceptible d'accomplir cette synthèse.

2 . 1 - FONCTION UNIFICATRICE DU MOI

- "Selon la deuxième topique freudienne, Le Moi est en rapport constant avec la réalité extérieure, autrui et le corps ; il a pour fonction de contrôler les exigences du Ça dans les limites qu'impose la réalité ; dès l'esquisse, lui est reconnue la fonction d'inhibition, de réserve et de liaison d'une énergie qui sans cela serait librement écoulée". (ROSOLATO, p. 7). Le Moi a fonction d'unification.

2 . 2 - LE MOI, PROJECTION MENTALE DE LA SURFACE DU CORPS

- Dans le Moi et le Ça, on peut penser que FREUD voit dans l'image du corps le fondement de la constitution du Moi, quand il écrit :

"Le Moi est en dernier ressort dérivé de sensations corporelles, principalement de celles qui naissent à la surface du corps. Il peut être ainsi considéré comme la projection mentale de la surface du corps, à côté du fait qu'il représente la superficie de l'appareil mental". (FREUD, 1927 [34])

Certains ont vu dans cette phrase une métaphore. Mais il semble que FREUD ait voulu aller beaucoup plus loin et proposer un poste de synthèse où s'unissent les domaines du biologique et du psychique, le corps réel et le corps libidinal comme on entrebaille une porte qui sépare et permet le passage à la fois (F. GANTHERET, 1971, [39]). Le passage est périlleux si l'on considère les risques scientifiques d'un tel déplacement, mais il est pourtant permanent dans le vécu quotidien des individus. Cet entrebaillement de porte ouvre le domaine du symbolique : domaine frontière, domaine du langage, champ freudien.

2 . 3 - DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR ET CONSTITUTION DU MOI

- FREUD conçoit le tout premier développement du Moi comme provenant de l'apprentissage psychomoteur de l'enfant. L'enfant apprend à intégrer les sensations qui proviennent de la surface de son corps et à les utili-

ser pour distinguer le monde extérieur de son propre corps.

Initialement, l'enfant ne sait pas différencier son corps de celui de sa mère. Il ne fait pas de séparation entre le sein de sa mère et sa propre bouche. Mais peu à peu, il fait l'expérience de leur distinction quand il découvre que le sein n'est pas à sa disposition chaque fois qu'il le souhaite. Ces séparations répétées vont renforcer cette distinction.

.. L'enfant, frustré de ne pouvoir recevoir de gratification orale quand il le désire, cherche d'autres modes de gratification et découvre que son pouce a une certaine valeur de substitut. La frustration lui permet d'agrandir le champ de son expérience ; premier pas dans l'apprentissage de la réalité qu'un enfant surnourri ne peut découvrir avec la même force. L'enfant découvre qu'une partie de son corps peut diminuer sa tension et il en conserve une impression forte et vivace d'autonomie partielle.

.. Vers six mois, l'image du corps commence à se former et peu à peu l'enfant se perçoit comme un tout distinct de l'environnement. C'est la période de myélinisation, de développement des relais synaptiques et de maturation du système pyramidal, c'est à dire l'âge de début de la motricité volontaire. Il semble que ce soit le moment où les perceptions corporelles internes, d'abord diffuses et incohérentes, commencent à s'organiser et à se tourner vers l'extérieur à la recherche d'une gratification des besoins instinctifs (SPITZ, 1954 [97]).

La formation de l'image du corps permet le développement du Moi en tant que structure une et distincte, synthèse et séparation.

- Mais comment cette unité peut-elle s'amorcer, alors que l'enfant est encore bien impuissant, sans défense et en attente de l'environnement, alors qu'il est encore bien prématuré ?

3 - LE CORPS ET LA COMPOSANTE NARCISSIQUE DE L'IDENTIFICATION

3 . 1 - LE STADE DU MIROIR, ANTICIPATION DE L'UNITE DU MOI

- C'est la vue qui va permettre l'anticipation :

.. De cette unité du moi à partir du 6ème mois.

Ce processus a été décrit par LACAN (1966 [65] sous le nom de stade du miroir où sont en jeu la mère, l'enfant et le miroir à travers le regard. L'enfant, porté dans les bras de sa mère, reconnaît l'image de sa mère dans le miroir et la perçoit comme un tout distinct de lui. Peu à peu

il va anticiper sa propre unité en assimilant l'autre image qu'il voit dans la glace à lui-même. C'est la présence et le sourire de sa mère qui permettent ce processus d'identification progressive.

.. On mesure ici le rôle capital que joue le regard de la mère pour permettre à l'enfant la connaissance de son corps. On comprend mieux alors qu'un regard parental péjoratif puisse entraîner une forte perturbation de l'image du corps, phénomène que nous avons constaté dans le chapitre précédent à propos des troubles de l'image du corps chez la femme obèse dont l'excès pondéral s'est développé dans l'enfance.

.. On mesure aussi le rôle de l'image du corps de la mère sur la constitution de l'image de soi ; et l'on peut à ce propos s'interroger sur son impact dans une famille où tout le monde est gros.

3 . 2 - VOIR AUTRUI ET S'IDENTIFIER A SON SEMBLABLE

"La capture visuelle par la forme corporelle d'autrui détermine l'identification narcissique, l'organisation de la connaissance du corps propre" (ROSOLATO, 1971 [84]).

.. FREUD l'explique dans l'Esquisse (chapitre "Mémoire et Jugement") :

"Supposons que l'objet livré par la perception soit identique au sujet : son semblable. L'intérêt théorique s'explique par le fait qu'un tel objet constitue simultanément le premier objet de satisfaction et le premier objet hostile et aussi la seule puissance secourable. C'est pour cette raison que l'homme apprend à connaître à partir de son semblable humain. Les complexes perceptifs qui découlent de ce semblable deviendront en partie nouveaux et incomparables, ses traits par exemple dans le champ visuel ; tandis que d'autres perceptions nouvelles, par exemple celles de ses mouvements de mains, coïncideront dans le sujet avec le souvenir de ses propres impressions du même ordre concernant son propre corps, impressions avec lesquelles les souvenirs de mouvements vécus par soi-même sont en association. C'est ainsi que le complexe de l'homme semblable se divise en deux parties constituantes dont l'une impressionne par un assemblage constant et demeure cohérente en tant que chose tandis que l'autre, par le travail de la mémoire peut être comprise, c'est à dire ramenée à une information sur le corps propre".

(FREUD, [35])

Rappelons la définition que Freud donne du narcissisme dans :

"Pour introduire le narcissisme" : "comportement par lequel un individu traite son propre corps de façon semblable à celle dont on traite d'ordinaire le corps d'un objet sexuel".

(FREUD, [33])

.. Cette identification narcissique constitue un temps majeur de l'évolution de l'enfant. Elle permet la constitution de la conscience du corps



et de la conscience de soi, elle permet l'organisation mentale du corps. Elle s'amorce avec la fascination du nourrisson pour la forme du visage humain qui provoque, quand il est en mouvement, un intérêt dès le deuxième mois et un sourire dès le troisième mois (SPITZ, 1954 [97]). Elle s'achève entre dix-huit mois et trois ans au moment où le corps se rassemble en une image globale bien distincte de celle d'autrui.

3 . 3 - LA PERCEPTION DES SURFACES

On peut maintenant donner une nouvelle dimension à la phrase de FREUD dans le Moi et le Ça (FREUD, 1927 [34]) :

"Le moi est avant tout un moi corporel, il n'est pas seulement un être de surface mais il est lui-même la projection d'une surface" ; dimension qui tient compte de l'importance du stade du miroir dans l'anticipation de l'unité du moi à travers l'image du corps, surface projetée dans le miroir.

.. On voit donc le rôle de la surface s'imposer dès qu'une distance permet de délimiter le Moi : elle découle tant de la perception en surface du semblable, qui ne se présente que par un plan à la fois, que de la surface du miroir qui ne saurait être contourné et qui ne réfléchit que la face "voyante". Le Moi reste tributaire de la surface optique dont il émane.

.. Nous verrons plus tard que de cette analyse découlent les méthodes projectives d'étude des perturbations de l'image du corps :

- demander à une personne de décrire ce qui se passe quand elle se regarde dans une glace.

- demander à une personne de se dessiner telle qu'elle se voit, ou de dessiner le corps d'une personne.

- détecter à travers les images **ce que la personne voit dans des taches d'encre**, la façon dont elle perçoit la surface de son corps soit comme une barrière protectrice (Barrier Score de FISHER et CLEVELAND, ex : un château fort) soit comme une limite aisément pénétrable (Penetration Score de FISHER et CLEVELAND, ex : une vallée entre les montagnes) ou les deux à la fois (ex : une coquille écrasée) (FISHER et CLEVELAND, 1968 [31]).

Ces trois méthodes ont été employées pour étudier l'image du corps dans l'obésité (STUNKARD, MENDELSON, 1967 [101]), (GLUCKSMAN, HIRSCH, MC CULLY, 1968 [42]).

Nous empruntons à Guy ROSOLATO, la conclusion de ce chapitre sur la position freudienne de l'image du corps, en rappelant d'abord combien son article (Recension du corps - 1971 [84]) nous a été utile pour la rédaction de ce chapitre, autant que l'a été la lecture du livre de FISHER et CLEVELAND sur l'image du corps et la personnalité (1968, [31]).

"En conclusion, la formation de l'image du corps ne peut être abordée sans tenir compte de l'interaction complexe des investissements libidinaux, de la capture imaginaire narcissique, et de la potentialité substitutive du langage, qui oriente l'identification en général.

La composante narcissique a été mise ici en exergue pour deux raisons. La première, c'est qu'elle entre en jeu dans toutes les identifications, transposée au niveau des Idéaux (Moi Idéal, Idéal du Moi, Surmoi, Idéal sexuel), dans les pressions refoulantes de ceux-ci, comme dans leurs rapports avec les sublimations. La deuxième raison tient à sa place centrale dans les régressions".

Personnellement, nous nous joignons à ce point de vue, parce que nous souhaitons ainsi souligner l'importance des Idéaux et de la composante narcissique dans la constitution des syndromes dépressifs et des troubles de l'image du corps chez la femme obèse.

"Toute déchéance physique... altère sérieusement l'image narcissique d'un corps sans faiblesse" (ROSOLATO, 1975 [85]).

"C'est le décalage entre le Moi idéal et la réalité, l'Idéal du Moi, ou le Moi qui provoque la souffrance spécifique de la dépression... Tant que les images de la réalité qui correspondent à un Idéal du Moi laissent espérer un accord possible, la dépression est bridée. Mais l'écart, soit par exacerbation du Moi Idéal, soit par défaillance, réelle ou imaginée, devant l'objet ou l'Idéal du Moi, donne libre cours aux accusations du Surmoi" (ROSOLATO, 1975 [85]).

L'enthousiasme du début de la cure d'amaigrissement peut exacerber le Moi idéal à travers l'image d'un corps désiré svelte (un état dépressif s'ensuit la deuxième semaine devant la lenteur de la chute de poids).

La défaillance réelle, après l'échec de nombreux essais d'amaigrissement, explique certaines dépressions de l'obèse. La défaillance imaginée, après deux mois de cure ou en période de stabilisation, peut aussi entraîner un état dépressif.

B - DISCUSSION

I - HISTORIQUE DE LA NOTION D'IMAGE DU CORPS ET DIFFERENCES CONCEPTUELLES : HEAD, SCHILDER, FISHER et CLEVELAND

L'étude de la manière dont nous représentons notre propre corps a deux versants :

- étude de la perception
- étude de la personnalité.

Historiquement, elle a débuté, avec des objectifs très pragmatiques, avec Henry HEAD puis a été poursuivie en droite ligne par Paul SCHILDER. Mais la stricte continuité est plus apparente que réelle : au niveau des concepts, le livre de SCHILDER "L'image du corps" n'est pas la stricte élaboration des idées de ses prédécesseurs, il emploie un mode d'approche nouveau. Quand HEAD parle de schéma corporel, il parle de l'organisation physiologique de la perception. SCHILDER fait beaucoup plus. Dans la première partie de son livre, où il décrit le fondement physiologique de l'image du corps, il dit :

"quand nous percevons ou imaginons un objet ou quand nous construisons la perception d'un objet, nous n'agissons pas exactement comme un appareil de perception. Il y a toujours une personnalité qui fait l'expérience de cette perception" [89]

HEAD ne s'intéresse pas à la personnalité. SCHILDER centre son attention sur elle et ouvre la voie à des constructions de psychologie dynamique (telles que le Moi corporel).

La deuxième partie du livre se consacre à une analyse de la structure libidinale de l'image du corps. SCHILDER emploie les *concepts psychanalytiques* pour expliquer le rôle de l'image du corps dans la neurasthénie, l'hypocondrie, la dépersonnalisation, la psychose et l'hystérie. Il insiste sur l'importance des zones érogènes dans la structuration de l'image du corps.

La troisième partie commence par cette phrase : "*L'image du corps dépasse les frontières de l'anatomie*". Elle est consacrée à la *sociologie de l'image du corps*. SCHILDER y décrit les relations interpersonnelles auxquelles le corps participe :

"Il y a un échange mutuel permanent entre les différentes parties de notre image du corps et celles des images du corps des autres. Il y a projection et appropriation. Mais la totalité de l'image du corps d'un autre peut aussi être assimilée (identification), et de même un individu peut projeter à l'extérieur l'image de son corps.

L'image du corps d'un autre ou certaines de ses parties peuvent être intégrées complètement dans celle d'un individu et former avec elle une unité ; ou bien, elles peuvent être ajoutées et ne former avec elles qu'une simple somme".

Les théories libidinales et sociales de l'image du corps diffèrent radicalement de celles de HEAD sur le schéma corporel (p. 255) :

- 1° Une image du corps n'est jamais isolée, elle est toujours encadrée par les images du corps des autres.
- 2° La relation d'une image du corps aux autres dépend d'un facteur de distance spatiale et d'un facteur de distance affective.
- 3° C'est par leurs zones érogènes que les images du corps se rapprochent le plus, et se lient le plus étroitement.
- 4° Le déplacement des zones érogènes se reflète aussi dans la relation sociale aux images du corps des autres.
- 5° Les changements érotiques dans l'image du corps sont toujours des phénomènes sociaux et sont accompagnés par des phénomènes correspondants de l'image du corps des autres.
- 6° L'image du corps est, par essence, sociale : jamais isolée, toujours accompagnée par celle des autres".

Pour HEAD, par nos sensations (tactiles, thermiques, douloureuses, kinesthésiques, viscérales), nous éprouvons de façon directe qu'il y a une unité du corps. Cette unité est plus qu'une perception. C'est un schéma corporel ou modèle postural du corps. Le schéma corporel est l'image tridimensionnelle que chacun a de lui-même.

Les théories de SCHILDER ne sont pas des théories sur le schéma corporel. Les bases conceptuelles en sont totalement différentes mais cependant, lui-même n'a pas insisté sur cette différence, peut-être parce qu'il cherchait à présenter une vue unifiée du sujet. A la fin du livre, il termine ainsi :

"Toute présentation d'une image du corps qui serait une entité isolée restera nécessairement incomplète. Un corps est toujours l'expression d'un moi et d'une personnalité et il est dans le monde. On ne peut donner aux problèmes que pose le corps une réponse, même préliminaire, sans devoir du même souffle, s'attaquer aux problèmes que pose la personnalité et le monde".

Résumons cette différence fondamentale :

Pour HEAD : il se développe une structure qui émet automatiquement des informations sur la posture et la position du corps à chaque nouveau stimulus. Cette information est entièrement déterminée par la relation entre le stimulus et la structure qui l'enregistre telle quelle à l'instant T.

Tandis que SCHILDER dit qu'il n'y a pas d'image du corps sans personnalité, et introduit un concept psychanalytique : le Moi dont la propriété conceptuelle fondamentale est de pouvoir agir indépendamment et volontairement.

Cette idée se retrouve dans la publication plus récente de FISHER et CLEVELAND (1968 [31]) qui définissent le corps comme l'écran sur lequel se projette l'ensemble des comportements :

"Notre travail donne une place plus substantielle, dans la théorie de la personnalité, au concept de l'image du corps. Paradoxalement nous avons presque enlevé le corps de l'image du corps en postulant que ses limites ne reflètent pas vraiment les propriétés de la surface du corps, mais plutôt les attitudes et les désirs projetés à la périphérie. Cependant, nos meilleures études de pronostics psychosomatique et physiologique se sont développés à partir de l'hypothèse suivante : le "Barrier Score" pourrait évaluer la façon dont l'individu attribue telle ou telle fonction à son corps. Nous pensions que le Barrier Score avait peu de rapport avec l'apparence physique actuelle du sujet, pourtant il a donné une mesure des grandes caractéristiques du corps.

Le corps tient une place très particulière dans le champ de la perception parce qu'il est à la fois un objet de perception et quelque chose d'intimement lié au noyau central de la personnalité. La position intermédiaire entre l'extérieur et l'intérieur fait du corps un écran de projection unique des comportements. Nous en concluons que l'image du corps est formée de ces attitudes projetées".

En dépit des écueils possibles, les théories de la personnalité ont permis des travaux d'excellente qualité, parfaitement résumés par FISHER et CLEVELAND (1968 [31]).

II - MOYENS D'ETUDE DE L'IMAGE DU CORPS ET DIFFERENCES METHODOLOGIQUES

1 - SCHEMA CORPOREL ET PERCEPTION DU CORPS :

1 . 1 - OBJECTIFS DES RECHERCHES SUR LA PERCEPTION DU CORPS

Les recherches dans ce domaine étudient la façon dont la personne fait l'expérience des propriétés spatiales de son propre corps. De ce fait, elles cherchent à déterminer le degré de précision et d'exactitude de la perception, et elles ont deux objectifs :

- expliquer les cas où l'on observe cliniquement un manque de justesse de la perception,
- expliquer quels sont les processus qui permettent aux sujets normaux d'avoir une perception juste dans les conditions ordinaires de perception.

1 . 2 - PROBLEME METHODOLOGIQUE : COMMENT DEFINIR L'EXACTITUDE DE LA PERCEPTION DU CORPS :

Le problème méthodologique essentiel concerne la définition de l'exactitude de la perception.

Selon les auteurs :

. soit on juge que la perception est juste quand les caractéristiques physiques du stimulus sont perçues avec le minimum d'erreur possible,

. soit on estime que la réponse est juste quand elle est semblable à la réponse moyenne de la population témoin placée dans les mêmes conditions d'expérience.

Si l'on veut étudier le rôle de variables venant des sujets étudiés (âge, sexe, diagnostic...), il vaut mieux choisir une valeur standard absolue, en respectant des conditions de mesure toujours identiques.

Si, au contraire, on veut étudier l'influence des conditions d'environnement et d'expérience sur une même population, on choisira plutôt la référence à un groupe témoin.

1 . 3 - MOYENNE D'ETUDE DE LA PERCEPTION DE L'APPARENCE PHYSIQUE DU CORPS

Les moyens d'études qui visent à élucider les différents éléments pouvant modifier la perception de l'apparence physique du corps sont les suivants :

1 . 3 . 1 - Etudes d'adaptation visuelle

○ Evaluation de la position verticale :

→ WITKIN (1954 [118]) :

On demande au sujet de réorienter une baguette lumineuse pour la mettre en position verticale en utilisant uniquement les données posturales de son corps. L'expérience se passe en chambre noire, le sujet ne peut se référer ni à la vision de l'environnement spatial, ni à la vision de sa propre position dans l'espace. BENNET (1956, [10]) a démontré pour des schizophrènes que les sujets dont l'image du corps est perturbée éprouvent des difficultés par conflit entre leur perception visuelle et posturale.

→ Sensory tonic theory de WERNER et WAPNER (1949, [117]) :
cette théorie s'appuie sur des études qui tentent de prouver l'influence des modifications du tonus musculaire sur la perception de la position des objets, en particulier sur la perception de leur verticalité.

○ Port prolongé de lunettes inversant le champ de vision :

→ STRATON, 1897, [98] :
Le port de ces lunettes en inversant la vision modifie les relations entre ce que la personne voit et ce qu'elle sent ou fait. Peu à peu, elle réajuste la dimension et la direction de ses mouvements et de ses gestes jusqu'à l'adaptation partielle à la situation (WALLS, 1951 [112]).

Une même adaptation se produit chez les personnes se déplaçant en fauteuil roulant (HELD 1961 [54]).

Le danseur ou l'athlète qui utilise son corps en mouvement acquiert une perception plus fine de la dimension de son corps. (MC KINNEY [72]). Le mouvement contribue au développement de l'image du corps, et SALKIN 1973, [87] a démontré l'efficacité thérapeutique de la danse chez les enfants handicapés mentaux comme chez les malades psychiatriques adultes, ainsi que son rôle dynamique dans l'éducation des jeunes enfants.

○ Utilisation de lunettes déformantes :

→ WITTREICH et collaborateurs, cité par TRAUB et ORBACH, 1964, [109] :
Le port de ces lunettes entraîne un trouble de l'image du corps limité chez le sujet témoin, global chez le malade neuropsychiatrique qui surestime alors la taille de son corps. L'expérience repose sur l'évaluation de la taille des différentes parties du corps et enregistre les erreurs de perception. La différence entre groupe témoin et groupe de malades est statistiquement significative.

○ Miroir déformant à géométrie variable :

→ ORBACH et TRAUB, (1966, [77]) :
Le sujet est confronté à une image déformée de lui-même ; il peut modifier l'image reflétée par le miroir en manipulant les trois boutons de l'appareil. Lors de cette expérience, on lui demande de rétablir une image conforme à la réalité.

Il apparaît à travers cette étude que la tête et les épaules obtiennent la plus juste réponse ; les jambes et les pieds sont très imparfaitement estimés ; le tronc est moyennement évalué. On peut remarquer que les épaules et la tête sont la région du corps qui sert à l'orientation dans l'espace et dont on a la vision la plus fréquente (miroir-photos). C'est aussi la partie du corps que l'on protège le plus de l'environnement quotidien en maintenant une distance entre elle et les objets.

1 . 3 . 2 - Etude de la perception des distances sur la surface du corps :

→ La perception des dimensions physiques du corps (hauteur, largeur, épaisseur), a pu être mesurée grâce à un appareil mis au point par DILLON (1962, [24]) et qui utilise des repères visuels.

→ CLEVELAND (1968, [31]) propose, pour évaluer la taille des différentes parties du corps, d'utiliser un ensemble de photos (proportions normale, plus petite et plus grande).

→ SHONTZ (1969, [91]) étudie en détail la bibliographie qui concerne la perception des distances sur la surface du corps et constate la stabilité des résultats obtenus : la largeur de la tête et la distance entre les deux bras sont statistiquement perçues avec plus de justesse que la longueur de la main ou la longueur du pied. La largeur de la taille est le stimulus le plus sensible à la différence de perception entre hommes et femmes, celles-ci ayant tendance à la surestimer. La perception de ces cinq dimensions est globalement plus fine chez les hommes que chez les femmes, mais il semble que (questionnaire de JOURARD Rémy, 1957, [91], SCHONTZ, 1963, 1969, [91]) les hommes sont plus enclins à être globalement satisfaits ou insatisfaits de leur corps, les femmes ont des réponses plus différenciées selon la partie du corps.

2 - IMAGE DU CORPS ET PERSONNALITE

2 . 1 - OBJECTIFS DES RECHERCHES SUR L'IMAGE DU CORPS ET LA PERSONNALITE

Les recherches dans ce domaine étudient la façon dont la personne ressent subjectivement son corps.

L'hypothèse de base de telles recherches est la suivante : Les caractéristiques dynamiques de la personne s'expriment à travers son corps et influencent la perception du corps.

Dans ces études, les caractéristiques de la perception corporelle sont mises en relation avec des critères de mesure de la personnalité, et les variations de l'une expliquent les variations de l'autre.

2 . 2 - PROBLEME METHODOLOGIQUE : AVEC QUELLE EXACTITUDE LES PROCES-SUS SUBJECTIFS DE LA PERSONNE SONT-ILS MIS EN EVIDENCE ?

→ Certaines s'intéressent aux propriétés spatiales du corps mais leur mode d'approche en est totalement différent. C'est pourquoi le type de me-

sure employé l'est aussi.

Par exemple, FISHER et CLEVELAND, à travers les indices de frontière du corps (Barrier Score) et de pénétration du corps (Penetration Score) évaluent la manière dont le sujet ressent les limites de son corps, et si ces limites entre lui-même et son environnement sont plus ou moins perméables. On peut affirmer que ces indices mesurent les propriétés spatiales du corps mais il n'existe pas de valeur absolue de référence.

Les études qui utilisent la technique du dessin de la personne (MACHOVER 1949, [67]) souffrent de la même absence de valeur de référence extérieure.

→ Ces études sont de nature projective et cherchent à atteindre le monde intérieur du sujet. Donc la question sous-jacente n'est pas celle de l'exactitude de la perception mais la suivante : avec quelle exactitude les processus subjectifs d'une personne sont-ils mis en évidence, ici et maintenant, dans la situation du test ? On ne peut affirmer la validité d'un instrument de recherche projective que dans la mesure où les résultats obtenus sont en étroite corrélation avec les expériences personnelles du sujet.

2 . 3 - MOYENS D'ETUDE DES SENTIMENTS, IMAGES, ATTITUDES ET AFFECTS RELATIFS AU CORPS :

Les moyens d'études qui visent à approcher les sentiments, les images, les attitudes et les affects relatifs au corps sont les suivants :

2 . 3 . 1 - Utilisation du test des taches d'encre de RORSCHACH pour l'investigation des limites du corps. (FISHER et CLEVELAND, 1968, [31]).

On propose au sujet d'observer des taches d'encre et de dire ce qu'elles évoquent pour lui. Des réponses projectives obtenues, FISHER et CLEVELAND tirent deux indices (Barrier and Penetration Scores) qui visent la détection d'une seule fonction de l'image du corps : celle qui maintient une séparation protectrice entre le moi et l'environnement (FISHER, 1963 FISHER et CLEVELAND, 1968, [31]). Bien qu'ils aient pour rôle de mesurer l'image du corps, ces indices ne proviennent pas seulement des réponses à contenu manifestement somatique (ex : un blessé qui saigne compte un point pour le Penetration Score), mais aussi des réponses sans référence directe au corps (ex : une voiture blindée compte un point pour le Barrier Score). C'est ce qui fait l'originalité de cette technique par rapport au RORSCHACH dans son utilisation traditionnelle (RORSCHACH, 1947, [83]). Les nombreuses études de FISHER et CLEVELAND, ont permis de comprendre le retentissement de certaines maladies psychosomatiques (ex : l'ulcère gastro-duodéal) et de maladies déformantes (ex : polyarthrite chronique rhumatismale (PCR) sur

l'image du corps. Le score de pénétration est élevé dans le cas d'ulcère, celui de Barrière l'est dans la PCR. Entre 1958 et 1968, de nombreux auteurs ont tenté d'appliquer cette technique aux cas les plus divers. Il en ressort que le Barrier Score renseigne sur le vécu du corps d'une personne normale, et que le Penetration Score, quand il est élevé, est l'indice d'un trouble de l'image du corps.

2 . 3 . 2 - Test du dessin de la personne (Draw A Person Test = DAP) (MACHOVER, 1949, [67]).

Le DAP test repose sur l'hypothèse suivante : la représentation graphique spontanée de la silhouette humaine est la projection de l'image mentale que le sujet a de son propre corps.

Ce test est de loin la mesure la plus populaire et la plus controversée de l'image du corps (MACHOVER, 1949, [67], ROBACK, 1968, [81], SWENSEN, 1968, [105], SHONTZ, 1969 [91]). On considère qu'il mesure l'image du corps dans son ensemble, mais on a pu lui reprocher de faire une large part à l'interprétation subjective. Pourtant, dans la littérature, ce test est souvent utilisé, comme critère de validité, pour les autres tests de l'image du corps (OWEN, 1955, [98]).

Les travaux de MACHOVER, à partir des dessins, ont permis l'établissement d'une classification originale de 40 signes de perturbation de l'image du corps qui traduisent soit un manque d'assurance et de confiance en soi, soit une difficulté lors du développement du schéma corporel.

FISHER (1959, [27]) a éliminé de cette classification les éléments trop subjectifs, pour conserver quatorze signes de perturbation de l'image du corps dont le fait de gommer, d'omettre une partie du corps, de placer l'un ou les deux bras derrière le dos, de représenter en premier l'individu de sexe opposé. La présence de chaque signe compte un point, le degré de perturbation étant donné par le total.

MARAIS et STRUEMPFER (1965, [69]) ont comparé les résultats obtenus par cette méthode à ceux d'autres types de mesure de l'image du corps. Ils ont démontré l'existence de corrélations significatives.

SCHONTZ (1969, [91]) a cherché à démontrer que le DAP test, tel que l'utilise MACHOVER (1° voulez-vous dessiner une silhouette humaine, 2° voulez-vous représenter maintenant une personne du sexe opposé à celui du premier dessin) donne des renseignements tant sur la perception que sur la personnalité de l'individu. Mais il n'a pu obtenir de résultats statistiquement significatifs en comparant le DAP test et le test de perception des distances corporelles. SCHONTZ propose donc une modification du DAP test qui permette son utilisation pour l'étude du schéma corporel de personnes présentant des troubles fonctionnels du comportement. Cette méthode consiste à demander à la personne de tracer la silhouette de son propre corps sur quadrillé. Il pense que cette méthode est valable si le sujet est averti de la nécessité de faire un dessin le plus ressemblant possible quant à la taille et aux proportions de son corps. Par contre, quand on demande au sujet de dessiner la silhouette d'une personne, on peut l'utiliser au titre

d'une étude projective de la personnalité, mais on ne peut pas la considérer comme le reflet de l'organisation du schéma corporel.

2 . 3 . 3 - Questionnaires :

D'autres méthodes ont été utilisées en particulier des questionnaires :

- pour savoir dans quelle mesure les personnes étaient satisfaites de leur corps (FISHER, 1964, [28], 1965, [29], GORMAN et ABT, 1964, [45] ; JOURARD et SECORD, 1954, 1953, [57]).

- pour mesurer les concepts verbaux en relation avec le corps (questionnaire de différences sémantiques, BORACK, 1962, [14]).

- pour mesurer l'importance des préoccupations somatiques (Rotter-test de phrases incomplètes : HIRSCHENFANG et BENTON, 1966, [55]).

- pour mesurer la prévalence de telle ou telle zone du corps (test d'association verbale, BENNET, 1960, [11]).

Les méthodes de la psychologie expérimentale permettent de déterminer la plus ou moins grande justesse de perception du corps.

Les méthodes projectives de la psychologie clinique permettent d'étudier le vécu du corps lui-même.

Quelles sont les relations entre ces types d'approche et leurs résultats ?

Cette question traitée en détail par SCHONTZ (1969, [91]) est très délicate et reste actuellement sans réponse objectivement démontrable.

CHAPITRE II

L'IMAGE DU CORPS DANS L'OBESITE

Les perturbations de l'image du corps sont fréquentes chez l'obèse. Ces troubles vont des sentiments de mépris et de dégoût à l'égard de soi-même à l'absence de conscience de sa propre apparence physique ou à sa perception déformée et erronée. STUNKARD et MENDELSON ont fait apparaître trois facteurs prédisposant la personne obèse au développement d'un trouble de l'image du corps : l'installation de l'obésité avant l'âge adulte, la présence d'une structure névrotique, et des critiques exercées par les membres de la famille, qui ont une importance aux yeux de l'individu obèse.

On a pu, traditionnellement, évaluer l'image du corps par des entretiens, des questionnaires, et des tests projectifs (RORSCHACH, Dessin de la personne).

Depuis une dizaine d'années, sont apparues de nouvelles techniques d'estimation de l'image du corps, dont celle de TRAUB et ORBACH utilisant un miroir déformant la silhouette.

Les études réalisées dans le laboratoire "of human behavior and metabolism" de l'Université de Rockefeller N.Y. ont montré que le volume du corps représente une importante composante de l'image du corps, chez l'obèse. Par taille ou volume corporel (body size), GLUCKSMAN et HIRSCH entendent l'estimation subjective de l'aire totale occupée par le corps, ou encore de la circonférence totale du corps. Les données résultant de leurs deux premières études (clinique et quantitative) de 1968 indiquent que la perception du volume corporel joue un rôle déterminant dans le vécu psychologique de l'obésité comme dans celui du retour à un

poids "dit normal" stable. Certains patients continuent à se sentir obèses dans la période qui suit l'amaigrissement, ce que traduisent leurs dessins (taille trop large, aire corporelle trop volumineuse par rapport à la réalité, et supérieures à celle des dessins de la période de perte de poids).

Les études suivantes de GLUCKSMAN et HIRSCH en 1969 [43] et de GRINKER en 1973 [46] sur l'estimation quantitative du volume corporel - à l'aide de diapositives où la silhouette apparaît plus grosse, plus mince, ou conforme à la réalité - confirment le fait que les individus obèses depuis l'enfance se sentent plus gros qu'ils ne sont, pendant et après l'amaigrissement. Ce phénomène de "volume corporel fantôme" pourrait s'expliquer par des facteurs psychodynamiques de résistance au changement, et de non-acceptation persistante de l'obésité, ainsi que par un retard dans la correction de la perception du corps.

A - L'IMAGE DU CORPS CHEZ LA FEMME OBESE A TRAVERS LE DESSIN DE LA PERSONNE. (DAP test).

Etude ponctuelle d'un groupe de 131 femmes obèses, comparé à un groupe de 80 femmes de poids normal.

1 - OBSERVATIONS DE KOTKOV ET GOODMAN :

En utilisant le DAP test de MACHOVER (1949, [67]), KOTKOV et GOODMAN (1953, [64]) comparent les dessins d'un groupe de 131 femmes obèses et d'un groupe de 80 femmes de poids normal, toutes semblables quant à l'âge, au Q.I., à l'éducation, au statut familial et professionnel.

Ils observent les différences suivantes :

1. Le rapport de la hauteur à la largeur prise au milieu du corps est beaucoup plus faible dans le dessin de la femme obèse que dans le dessin de la femme normale ;
2. L'aire couverte par le dessin de la femme obèse est plus grande.
3. La surface couverte par la tête est plus grande chez les femmes obèses.

4. Chez les femmes obèses, la surface couverte par la tête est beaucoup plus petite dans le dessin du personnage mâle que dans celui du personnage féminin.
5. Le rapport entre la hauteur totale et celle de la tête est plus petit chez la femme obèse.
6. La femme obèse dessine plus souvent dans le tiers supérieur gauche de la page.
7. Les dessins de la femme obèse sont plus souvent caractérisés par des épaules carrées que ceux des femmes normales.

2 - INTERPRETATION D'ABRAHAM :

Ada ABRAHAM (1977, [1]) reprend cette étude en donnant l'interprétation suivante : *"Certaines des observations, où l'on voit les femmes obèses couvrir une plus grande surface, suggèrent une projection directe du volume du corps. D'autres, intéressant la tête et les épaules, sont l'effet de problèmes personnels propres à ce groupe ; on peut les interpréter comme les indices d'une dépression ou d'une inhibition plus grandes chez les obèses (par exemple, observation 3 : la dilatation de la tête, cette dernière étant considérée comme le centre du contrôle intellectuel sur les impulsions corporelles), d'une tendance accrue à la régression et à la dépendance (observation 5), d'une tendance au retrait et à l'isolement, fruit d'un sentiment d'insécurité (observation 6), ou du conflit entre la figure masculine et la figure féminine pour la prédominance (observation 4)".*

3 - REMARQUES CRITIQUES :

Ce type d'interprétation repose sur l'hypothèse suivante : l'image du corps traduit la signification psychologique du corps pour l'individu. *"L'image de son corps, chez une personne obèse, n'est pas simplement l'image d'un corps plus volumineux. Elle correspond plutôt aux problèmes multiples de son existence, à la fois cause et effet de son obésité".*

Cette interprétation souligne le fait que l'image du corps projetée dans le dessin peut renvoyer aux désirs les plus profonds du sujet. Mais on perçoit rapidement le risque de déduire des éléments sémiologiques (taille, proportions, surface de chaque partie du corps, place dans la feuille) des traits de personnalité, et de conclure trop rapidement à une personnalité spécifique de l'obèse : *"Les femmes obèses manifestent plus d'insécurité, de régression et de dépendance, et plus de surcompensation en vertu de sentiments d'insuffisance et d'un ajustement général plus pauvre"* (A. ABRAHAM).

C'est pourquoi, il nous paraît important devant de telles observations :

1° de ne pas oublier que l'image du corps est

une unité tridimensionnelle plastique, qui se modifie avec le temps, l'expérience, le vécu, la maladie, la thérapeutique ; et donc, qu'un dessin est l'expression d'un instant. Comprendre la dynamique du fonctionnement de l'image du corps suppose une étude diachronique et la connaissance du développement de l'image du corps, au fur et à mesure que s'élaborent ensemble et parallèlement la constitution du moi et la formation du schéma corporel, sous l'influence de l'environnement familial et social.

2° de ne pas glisser de l'hypothèse à l'affirmation.

B - L'IMAGE QUE L'OBÈSE A DE L'APPARENCE PHYSIQUE DE SON CORPS A TRAVERS UN ENTRETIEN DE FACE A FACE D'UNE HEURE

STUNKARD et MENDELSON (Département de Psychiatrie de l'Université de Pennsylvanie) ont publié en 1967 une étude sur les caractéristiques des perturbations de l'image du corps chez 74 obèses hospitalisés en hôpital général ou en clinique psychiatrique, et vus, pour cet objectif, en entretien durant une heure, et chez 20 obèses en psychothérapie de longue durée (de 1 à 10 ans). Les patients ont de 18 à 70 ans, la moyenne d'âge étant de 43 ans. La répartition entre les deux sexes est à peu près homogène.

1 - NATURE DU TROUBLE DE L'IMAGE DU CORPS :

STUNKARD se réfère à la définition de TRAUB et ORBACH : l'image que la personne a de l'apparence physique de son corps. Il démontre, de façon remarquablement précise, que parmi les difficultés psychologiques rencontrées par l'obèse, deux seulement sont spécifiques de leur obésité : la boulimie, et le trouble de l'image du corps.

Les personnes obèses qui présentent un tel trouble de l'image du corps, éprouvent un sentiment de dégoût vis à vis de leur corps, et le trouvent ridicule. Elles ont l'impression que les autres les regardent avec hostilité et mépris. Il existe un lien entre la façon dont elles ressentent leur corps, la conscience qu'elles ont d'elles-mêmes, et leur mode de relations sociales.

1 . 1 - IMAGE DU CORPS

La vision qu'elles ont d'elles-mêmes a pu être mise en évidence en leur demandant de parler de ce qui se passe quand elles se regardent dans une glace. Les sentiments éprouvés peuvent être si désagréables que la personne cherche à éviter à tout prix de tourner la tête quand elle passe devant une glace ou une vitrine.

1 . 2 - CONSCIENCE DE SOI

La difficulté à accepter son corps tel qu'il est réellement, associée à la crainte du jugement des autres, peut retentir sur la conscience de soi et le sentiment de sa propre identité. Certains pensent que tout ce qui leur arrive est la conséquence de leur excès pondéral. Chez les femmes obèses, les difficultés d'habillement en sont le reflet douloureux.

1 . 3 - RELATIONS SOCIALES

STUNKARD montre aussi que presque tous les sujets, chez lesquels on a trouvé une image du corps perturbée, présentent des difficultés relationnelles en particulier avec l'autre sexe. Ces difficultés semblent être tout autant le reflet d'un manque de confiance en soi que le reflet des jugements, pour ne pas dire du rejet, venant des personnes non-obèses. Est-ce la personne qui s'isole, ou l'isole-t-on ? L'obèse a l'impression que son apparence physique l'exclut des activités de la société. "Personne ne m'invite à danser" ; "qui voudrait se marier à un éléphant ?").

En l'absence de trouble de l'image du corps, STUNKARD et MENDELSON n'ont pas observé de difficultés relationnelles aussi intenses avec l'autre sexe.

2 - FACTEURS INFLUENÇANT LA PERTURBATION DE L'IMAGE DU CORPS :

2 . 1 - VARIATION D'INTENSITE EN FONCTION DU TEMPS

L'importance des perturbations de l'image du corps varie énormément en fonction du temps, même sur une courte période : quand les choses vont bien, et que la personne est en bonne forme, son trouble peut être minime ; il peut par contre, s'aggraver dans une période de soucis ou d'humeur dépressive. STUNKARD insiste sur le fait qu'un obèse ayant une image corporelle troublée, tend à faire de son corps la raison et le symbole de ses malheurs. Une sorte de cercle vicieux s'installe : la difficulté de l'image corporelle prédispose à la mésestime de soi et aux états dépressifs qui tous deux à leur tour, viennent renforcer la perturbation de l'image du corps.

2 . 2 - PERSISTANCE INDEPENDAMMENT DES CIRCONSTANCES DE LA VIE OU DE L'AMAIGRISSEMENT

Malgré ces variations d'intensité, le trouble persiste, indépendant des circonstances de la vie. STUNKARD, le premier, a mis en évidence l'absence d'effet de la perte de poids sur le trouble de l'image du corps, contrairement à ce qu'on pouvait supposer. On peut rapprocher ce phénomène de celui qu'on observe dans l'anorexie mentale, où la restauration d'un poids normal ne corrige pas le trouble de l'image corporelle.

2 . 3 - MODIFICATION PAR UNE PSYCHOTHERAPIE DE LONGUE DUREE

Par contre cette perturbation semble très favorablement modifiée par une psychothérapie de longue durée, dans les cas observés par STUNKARD.

3 - LES ORIGINES DE CETTE PERTURBATION DE L'IMAGE DU CORPS :

Trois facteurs prédisposent l'obèse au développement d'un trouble de l'image corporelle :

3 . 1 - LA PRESENCE D'UNE FRAGILITE EMOTIONNELLE :

mais ce n'est pas une raison suffisante.

3 . 2 - LES ATTITUDES NEGATIVES DE L'ENVIRONNEMENT :

intolérant.

3 . 3 - L'AGE D'INSTALLATION DE L'OBESITE :

Il s'agit là d'une des découvertes les plus intéressantes de STUNKARD ; elle influencera l'ensemble des travaux de recherche ultérieurs. Le trouble apparaît le plus souvent à l'adolescence, période marquée par des souvenirs amers. Par contre le trouble est relativement peu conscient durant l'enfance.

C - ETUDE PONCTUELLE DE L'IMAGE DU CORPS CHEZ 189 OBESES EN FONCTION DE L'AGE DE DEBUT DE L'OBESITE

STUNKARD et BURT (1967) ont repris ce point de recherche dans trois études comparées de personnes obèses dans l'enfance et dans l'adolescence, de personnes obèses à l'adolescence mais pas dans l'enfance, de personnes obèses dans l'enfance mais pas dans l'adolescence.

Leur méthode est toujours l'interview. Ils ont remarqué que les adolescentes ne répondent pas à des questions directes sur la façon dont elles ressentent leur poids, mais parlent aisément des situations discriminatoires dont elles sont victimes de la part des adolescents et des adultes.

Ils ont démontré que les troubles de l'image du corps des obèses prennent naissance durant une période relativement courte, celle où l'adolescent, sensible, intègre à la vision qu'il a de lui-même, ce que ses pairs ou ses parents peuvent dire de blessant sur lui. C'est une période critique où le jugement des autres l'atteint, de façon durable.

Il semble que chez l'obèse, le trouble de l'image du corps soit d'origine affective. C'est plus un trouble de l'image du corps (ensemble de sentiments et d'attitude vis à vis de son corps) que du schéma corporel.

Il se rapproche plus des troubles qu'on peut observer chez les personnes souffrant de déformations de la face, des seins ou des organes génitaux, que de ceux qu'on peut observer chez les malades neurologiques, les schizophrènes, les drogués, les personnes sous hypnose, les personnes fatiguées.

Des préadolescents (10 + 13 ans) obèses ou non, font part de situations douloureuses et blessantes auxquelles sont soumises les adolescentes obèses tant de la part des garçons et des filles de leur âge, que de la part des adultes de leur famille mais n'en sont pas victimes. Ces pressions les touchent à leur tour après la puberté et augmentent durant l'adolescence, au point de créer un véritable complexe.

Les jeunes filles obèses ont l'impression de faire partie d'une minorité qui n'a pas droit à la reconnaissance (MONELLO et MAYER, 1963, [75]). L'importance de l'adolescence dans le développement d'un trouble de l'image du corps a été soulignée par deux autres études citées par STUNKARD : celle de MC GREGOR et collaborateurs (1953, [71]) sur les personnes souffrant de malformation faciale et pour lesquelles il recommande une chirurgie.

gie plastique avant l'adolescence ; celle de SCHONFELD (1962, [90]) sur le retentissement psychologique des gynécomasties chez l'adolescent. Les conséquences pragmatiques d'une telle découverte sont fondamentales : l'adolescence est une période-clé pour la mise en place d'un traitement psychothérapeutique chez l'obèse ; ce traitement sera plus efficace car son action préviendra l'installation définitive d'une non-acceptation de son corps et d'un sentiment de mésestime de soi due aux blessures narcissiques infligées par l'entourage affectif.

Sur les 189 adultes obèses étudiés par STUNKARD et BURT, deux seulement furent obèses dans leur enfance, sans l'être durant leur adolescence. 17 % seulement des enfants obèses étudiés sont devenus des adultes de poids normal. 3 femmes parmi les personnes obèses dans leur enfance et revenues à un poids normal à la fin de l'adolescence présentent encore un trouble de l'image corporel 20 ans après, malgré un poids adulte normal : leurs motivations à maigrir ont été le souci d'esthétique et l'existence de pressions de l'entourage (ce que l'on ne retrouve pas dans les 7 autres personnes du groupe).

Toutes trois ont maigri en se mettant volontairement au régime ; et continuent à se préoccuper beaucoup de leur apparence physique, s'inquiètent pour un à deux kilos en trop, et disent devoir se priver en permanence.

D - ETUDES LONGITUDINALES DE L'IMAGE DU CORPS CHEZ L'OBÈSE EN FONCTION DE L'ÂGE DE DÉBUT DE L'OBESITÉ AVANT, PENDANT ET APRÈS L'AMAIGRISSEMENT

De 1967 à 1973, une équipe de chercheurs de l'hôpital universitaire Rockefeller de New York (GLUCKSMAN, HIRSCH, MC CULLY et coll., 1968 ; GLUCKSMAN et HIRSCH, 1969 ; GRINKER, HIRSCH et LEVIN, 1973 ; GRINKER, 1973 ; GRINKER, GLUCKSMAN, HIRSCH et VISELTER, 1973) ont publié une série d'études cliniques sur la réponse des patients obèses à la réduction pondérale. Ils se sont attachés à l'évaluation des réactions affectives à la cure d'amaigrissement en tentant de comparer le comportement des patients tant par l'observation clinique et l'entretien psychologique, que par des méthodes d'évaluation quantitative de psychologie clinique (RORSCHACH, Dessin de la personne, Questionnaires), et de psychologie expérimentale (mesure de la perception du volume corporel par projections de diapositives, certaines photos de la personne ayant été déformées à travers un objectif anamorphique ; mesure de la perception du temps par estimation de la durée du temps écoulé entre deux brefs signaux sonores ; mesure de la perception du volume alimentaire par présentation durant 20 sec. de

diapositives de produits alimentaires appétissants pouvant aller d'un repas complet à une simple coupe de fruits).

Ces différents travaux ont permis de confirmer les découvertes de STUNKARD et collaborateurs, et de montrer que les personnes dont l'obésité s'est installée avant l'âge de 18 ans ne réagissent pas à la réduction pondérale de la même manière que celles dont l'obésité a débuté à l'âge adulte. Cette différenciation, selon l'âge du début de l'excès pondéral, s'avère particulièrement marquée pour l'image du corps, la perception du corps avant, pendant et après la cure d'amaigrissement, et les réactions psychologiques à la modification de l'apparence physique du corps.

Le plan général des différentes études du comportement a toujours été le même quel que soit le groupe étudié (obésité sévère ayant débuté avant l'âge de 18 ans ou obésité sévère s'installant après l'âge de 18 ans), et quel que soit le moyen d'étude (observation clinique, techniques projectives, techniques expérimentales) : des petits groupes de sujets (6 pers.) en hospitalisation de longue durée (six à douze mois) ont été soumises à :

1° une période préliminaire de maintien du poids de six semaines,

2° une période de perte de poids de douze à vingt semaines, avec alimentation liquide équilibrée de 600 calories par jour ; la perte de poids étant de 30 kg minimum,

3° une période de stabilisation du poids de six semaines,

les différentes observations étant répétées à chaque période.

1 - ETUDE CLINIQUE QUALITATIVE A PARTIR D'ENTRETIENS :

Dans la première étude (1968, GLUCKSMAN et HIRSCH), les données résultent d'entretiens non directifs quotidiens d'une demi-heure réunissant le patient et deux interviewers, le reste des données provenant des observations faites par les infirmières et des réunions de révision de dossiers.

Le mode d'approche des processus psychodynamiques des patients et de leurs réactions psychologiques à la restriction alimentaire et à la perte de poids est psychanalytique, tant dans la description que dans la discussion qui s'ensuit :

La cure d'amaigrissement de longue durée a pour effet la suppression progressive de l'obésité ; au fur et à mesure de la réduction pondérale, le contenu des rêves et des entretiens, et le mode de relations des patients expriment un sentiment de menace tant physique que psychologique.

Dans les rêves, ce qui est dangereux et inquiétant trouve souvent une résolution sur le mode oral.

Dans le vécu quotidien, ces menaces sont neutralisées par une série d'adaptations psychologiques normales ou pathologiques.

L'anxiété, provoquée par l'environnement ou par le vécu intérieur, se traduit par une sensation de faim, ou une envie irrésistible de manger sans faim réelle.

Les deux menaces qui peuvent entraîner des réactions psychopathologiques durant la période de perte de poids sont les suivantes : la diminution du volume corporel et les interrelations au sein du milieu hospitalier avec l'équipe médicale et avec les autres malades. Ces deux problèmes sont sources de difficultés psychologiques pour deux raisons : l'existence d'expériences passées plus ou moins traumatisantes ou blessantes, la présence de changements physiologiques consécutifs à la restriction calorique ; la première de ces deux raisons est spécifique de l'obèse en cure, la seconde est propre à la situation de cure et se retrouve en situation de restriction alimentaire expérimentale chez le sujet de poids normal volontaire.

Chez l'obèse, le volume corporel a une fonction symbolique et a valeur d'adaptation. Pour le patient n° 1, la corpulence a pour signification : à distance protectrice des autres ; pour le second : isolement ; pour le troisième, pouvoir et maîtrise ; pour le quatrième désir d'être remarqué et de recevoir un traitement privilégié.

On comprend alors que pour chacun des quatre, la diminution de leur large taille les aient rendu plus vulnérables et sans défense face aux agressions. Perdre du poids veut dire perdre ses moyens de réaction habituels aux agressions.

De plus, on peut considérer que les changements morphologiques dus à l'amaigrissement, ainsi que les changements métaboliques, modifient l'équilibre physiologique, et sont une forme d'agression comme celle d'une maladie ou d'une intervention chirurgicale.

Cette première étude a permis de mettre en évidence deux problèmes que les études suivantes ont tenté de comprendre :

- existe-t-il un seuil critique de perte de poids au delà duquel apparaîtraient des réactions psychopathologiques à la cure (comportement oral, symptômes obsessionnels, idées de persécution, comportement homosexuel, somatisation, décompensation schizoïde, dépression) ? Ces différentes réactions semblent plus liées à la modification corporelle qu'à la restriction calorique puisqu'elles persistent ou peuvent apparaître durant la période de

stabilisation du poids.

- quels sont les facteurs qui interviennent dans le développement et le maintien de la perception interne du volume corporel ?

2 - ETUDE CLINIQUE QUANTITATIVE A PARTIR DE TECHNIQUES PROJECTIVES

La seconde étude (GLUCKSMAN, HIRSCH, MC CULLY, 1968) : étude clinique de six patients adultes non psychotiques obèses avant l'âge de 18 ans, utilise des techniques projectives :

- Le RORSCHACH, dans son interprétation habituelle, ainsi que dans l'utilisation qu'en font FISHER et CLEVELAND (1958, 1968) pour comprendre les limites du corps,
- le D.A.P. test de MACHOVER (1949, [67]),
- et un questionnaire comportemental adapté à l'étude des réactions psychologiques durant la cure d'amaigrissement. Cette fiche d'observation renferme 14 rubriques :
 1. Symptômes d'anxiété
 2. Symptômes dépressifs
 3. Opposition
 4. Méfiance
 5. Désorganisation
 6. Sensation d'être atteint, blessé
 7. Plaintes somatiques
 8. Demande
 9. Préoccupation concernant le volume corporel
 10. Apparence physique
 11. Comportement hétérosexuel
 12. Attitude défensive
 13. Comportement orienté vers la nourriture
 14. Sensation de faim.

La quotation comprend 7 catégories de "pas du tout" à "très marqué". Les fiches sont remplies deux fois par semaine par deux observateurs différents qui voient ensemble la personne durant 15 minutes.

On a appliqué des tests de concordance aux résultats donnés par les deux observateurs. Chaque test a été pratiqué en moyenne 44 fois pour chaque patient. N'ont été retenues que les données statistiquement significatives, qui ont été ensuite comparées à celles obtenues par le DAP test et le RORSCHACH.

La rigueur de cette étude nous fait lui accorder un intérêt tout particulier. Ses conclusions ont stimulé notre réflexion. Leur pragmatisme, dénué de tout a priori de départ, a suscité en nous, un doute bénéfique et une prise de conscience aiguë du risque encouru par un chercheur quand

il se satisfait trop hâtivement d'une interprétation des résultats allant dans le sens de ses attentes.

L'équipe de GLUCKSMAN, en ayant le courage de remettre en question les conclusions de sa première étude, a pu parvenir à des données inattendues, lourdes de conséquences pratiques quant à la conduite thérapeutique d'une cure d'amaigrissement.

La perception du corps se modifie au fur et à mesure de la cure. On observe deux sortes de transformations :

1. Vécu des limites du moi et des limites du corps :

On constate une plus grande perméabilité des limites du moi à la fin de la période de perte de poids.

Cette découverte appuie les observations de FISHER et CLEVELAND : les limites du moi deviennent fluides et perméables dans les états pathologiques où le malade a le sentiment d'une pénétration de son corps. Il semble que cette plus grande fluidité des limites du moi soit le reflet d'une dissolution de la limite du corps : (la personne qui maigrit fond en quelque sorte !), autant que d'une plus grande difficulté à se distinguer du monde extérieur pendant l'amaigrissement.

Cette fluidité diminue durant la période de stabilisation du poids jusqu'à un retour à la normale.

2. Vécu du changement de volume :

L'intérêt vis à vis de la modification du volume corporel grandit tout au long de la période de perte de poids. Il est probable qu'il soit stimulé par la rapidité avec laquelle le corps change d'aspect.

On ne s'attendait pas à découvrir que cet intérêt s'amoindrit pendant la période de stabilisation du poids. L'équipe de GLUCKSMAN s'est demandée si ce fait pouvait être lié à une perte de poids insuffisante pour provoquer un intérêt constant et prolongé vis à vis du changement de taille. Personnellement, nous le rattacherions plutôt à l'existence d'une surestimation du volume corporel après l'amaigrissement. Dans le DAP test, l'augmentation du diamètre de la taille et l'augmentation de la surface corporelle suggèrent un défaut de perception du volume réel du corps. On aurait pu s'attendre logiquement à une diminution du diamètre de la taille et à une diminution de la surface corporelle.

Plusieurs patients expriment verbalement le même phénomène "je sais que je suis plus mince, mais je me sens encore gros". Ils ont le sentiment d'être encore obèses, et s'étonnent par exemple de pouvoir partager un siège dans l'autobus avec une autre personne alors qu'ils ont toujours l'impression d'occuper à eux seuls toute la place. La surestimation du volume corporel, et l'amoindrissement de la perméabilité des limites du moi et du corps sont peut-être les deux facteurs qui expliquent l'intérêt décroissant pour le changement corporel obtenu grâce à l'amaigrissement.

Les données cliniques confirment donc les résultats du dessin de la personne, et suggèrent :

- . soit un délai de correction dans la perception du volume du corps (semblable au phénomène du membre fantôme observé chez les amputés), et ce, d'autant plus que la perte de poids a été rapide ;

- . soit un mécanisme compensatoire jouant dans le sens d'un retour à la perception d'un volume corporel identique à celui d'avant la perte de poids (ce qui renforcerait l'hypothèse selon laquelle le poids d'un individu est un état d'équilibre).

Ces découvertes sont intéressantes quand on considère que les études précédentes de STUNKARD et MENDELSON, de STUNKARD et BURT ont montré l'absence de correction du trouble de l'image du corps après amaigrissement chez les personnes dont l'obésité s'est installée avant l'âge de 18 ans.

3 - ETUDE EXPERIMENTALE DE LA PERCEPTION DU VOLUME CORPOREL A L'AIDE D'UN APPAREIL DE PROJECTION DEFORMANT LA SILHOUETTE

Dans une troisième étude, GLUCKSMAN et HIRSCH estiment la perception du volume corporel chez l'obèse avant, pendant et après l'amaigrissement à l'aide d'un appareil de mesure du volume corporel, construit selon un principe analogue à celui du miroir déformant de TRAUB et ORBACH, mais d'un maniement plus rapide (projection de diapositives réalisées à l'aide d'un objectif anamorphique qui rend le patient plus gros ou plus mince qu'il n'est). Le sujet doit chercher la photographie conforme à sa réalité.

En début d'hospitalisation, les patients dont l'obésité a débuté dans l'enfance ou dans l'adolescence ne font pas d'erreur systématique ; par contre, au fur et à mesure qu'ils perdent du poids, et durant la période de stabilisation du poids, ils surestiment de plus en plus leur volume corporel. (Ils surestiment aussi la taille d'un vase et celle de 2 personnes, un homme et une femme anonymes ; mais sans variation au cours des trois périodes). En dépit d'une perte de poids notable, ils se voient avec un volume identique ou à peine diminué.

Les sujets dont l'obésité s'est installée à l'âge adulte ont plutôt tendance à sousestimer leur volume. (Leur perception du vase et des deux personnes est normale). L'image du corps des obèses à début infantile semble relativement rigide, elle se modifie plus lentement que leur physique. Durant ces expériences, les sujets ne pouvaient pas voir dans une glace leur silhouette réelle.

Par contre, dans une étude suivante (1973, GRINKER), on demande aux patients de se regarder dans une glace avant la projection des diapositives pour voir si l'information visuelle permet une correction des erreurs. Les obèses à début infantile continuent à surestimer leur volume corporel.

Par contre, les obèses à début à l'âge adulte, corrigent leurs estimations.

4 - ETUDE EXPERIMENTALE DE LA PERCEPTION DU VOLUME CORPOREL DE LA PERCEPTION DU TEMPS ET DE LA PERCEPTION DU VOLUME ALIMENTAIRE

Parallèlement, le même laboratoire s'est attaché, à travers une série d'études résumée en 1973 par GRINKER [46], à produire d'autres mesures du comportement.

4 . 1 - MESURE DE LA PERCEPTION DU TEMPS :

On compare l'estimation d'un bref intervalle de temps entre deux signaux sonores rapprochés de 1 sec. à 3 sec. par 3 groupes :

- . un groupe de sujets hospitalisés de poids normal,
- . un groupe d'obèses hospitalisés dont l'obésité s'est installée dans l'enfance ou l'adolescence,
- . un groupe d'obèses hospitalisés dont l'obésité a commencé à l'âge adulte.

Dans la période qui suit l'amaigrissement, les sujets à obésité juvénile sousestiment significativement les durées, à la différence des sujets des deux autres groupes. Ceci laisse supposer que le temps s'écoule subjectivement plus lentement pour ces sujets.

4 . 2 - MESURE DE LA PERCEPTION DU VOLUME

La technique est identique à celle utilisée pour le volume du corps.

Pendant la cure d'amaigrissement, tous les sujets sous-estiment le volume de nourriture représenté. Durant la période de stabilisation du poids, seuls les sujets dont l'obésité a débuté avant l'âge de 18 ans conservent une perception erronée.

Ceci laisse supposer qu'ils ont l'impression d'avoir mangé 100 g de gruyère quand ils en ont absorbé une livre, et explique peut-être l'absence de fiabilité des estimations du nombre de calories absorbé par jour

à domicile.

5 - REFLEXIONS A PARTIR DE L'ENSEMBLE DE CES RECHERCHES DU LABORA- TOIRE "BEHAVIOR AND METABOLISM" de New York.

Les résultats de ces mesures objectives de la perception du temps, du volume corporel et du volume alimentaire, dans des cas d'obésité sévère, confirme nos propres observations cliniques.

Nous avons nous-même constaté que l'enquête diététique faite durant l'hospitalisation montrait une fréquence surprenante de rations caloriques quotidiennes inférieures à 2 000 calories par jour à domicile. Nous aurions pu éprouver la tentation de mettre en doute la parole de nos patients, et en rester là. Mais notre sensibilité aux difficultés de perception de l'apparence physique réelle chez ces patients, nous a conduit à nous demander s'il n'existait pas, parallèlement aux troubles de la perception des limites du corps, des troubles dans la perception du temps et de l'espace.. En effet d'une manière générale, nous savons que difficultés du schéma corporel et difficultés spatio-temporelles vont de pair, et se développent ou régressent simultanément (SALKIN, 1973, 87, PIAGET, WALLON, SPITZ, 1954, [97]).

Si, conformément aux études quantitatives de GLUCKSMAN, HIRSCH et GRINKER, et conformément à notre propre expérience clinique, volume corporel, volume alimentaire et durée temporelle sont perturbés en même temps durant la période de perte de poids chez tous les obèses sévères, et durant la période de stabilisation du poids quand l'obésité est ancienne et a existé durant certaines époques de l'enfance et surtout l'adolescence, alors la présence aiguë de l'un de ces trois facteurs doit faire rechercher les deux autres. En pratique,

- on doit craindre un trouble de l'image du corps, quand l'enquête diététique révèle une estimation inférieure à 2 000 calories par jour, alors que (la prise de poids des trois à six derniers mois révèle une élévation rapide) le poids ne chute pas, quand les journées d'hospitalisation paraissent infiniment longues, et ennuyeuses, et que cette situation s'aggrave de semaine en semaine, durant la cure.

- de même l'existence d'un trouble de l'image du corps, et la non-perception du changement corporel en cours après une perte de poids de 5 à 10 kilos, doit faire penser, avant la sortie du service, à débiter une éducation diététique. Si on souhaite que la poursuite du régime soit réalisable à domicile, il faut que la personne apprenne à adapter sa perception des volumes alimentaires à la réalité, sinon l'échec est prévisible surtout en cas d'obésité ancienne ou sévère. Dans ces cas, c'est en pesant ses aliments, que la personne va apprendre à contrôler la justesse de sa perception. L'utilisation de la balance part du même principe que les expériences résumées par GRINKER, c'est à dire la comparaison du volume perçu et du volume réel.

- compte tenu de ce problème de volume, il semble réaliste de proposer un programme alimentaire qui respecte le besoin d'un volume alimentaire suffisant, à l'aide d'aliments hypocaloriques mais volumineux comme les légumes non sucrés, ou comme les laitages à 0 % de matière grasse, quitte à apprendre aux patients à se donner l'illusion de volume, par exemple, par l'utilisation de petits plats qui puissent être remplis à ras bords ; ou par l'utilisation de blanc d'oeuf battu dans les compotes etc... (cf. conseils diététiques de Maigrir-Union).

- enfin, on peut penser qu'un travail thérapeutique au niveau de l'image du corps pourra faciliter la poursuite pratique du régime en ambulatoire, si une meilleure perception du volume corporel permet une amélioration de la perception des volumes alimentaires.

L'étude bibliographique précédente suggère la nécessité de deux types de thérapie en cas de trouble de l'image du corps :

. la première visant l'affinement de la perception corporelle et spatio-temporelle, donc utilisant des techniques de développement du schéma corporel : relaxation (SCHULTZE), la respiration et le yoga, thérapie par la danse (SALKIN [87]) ; l'expression corporelle, le mouvement et la musicothérapie, c'est à dire par des techniques tentant de restaurer le lien corps-pensée.

. la seconde visant l'acceptation et la compréhension de l'obésité, donc utilisant des techniques psychothérapeutiques particulièrement adaptées aux problèmes posés par le vécu des troubles du poids. La technique de modification du comportement décrite par LEVITZ peut être d'une grande aide, parce qu'elle peut permettre à la personne obèse d'acquérir la compréhension et la maîtrise des facteurs extérieurs qui déterminent la prise alimentaire.

E - PERCEPTION DES DISTANCES SUR LA SURFACE DU CORPS CHEZ L'OBÈSE ET L'ANOREXIQUE MENTALE

SLADE et RUSSEL du Royal Free Hospital School Medicine de Londres ont en 1973, utilisé une autre technique de mesure objective de la perception de l'image du corps, dérivant de la technique d'estimation visuelle de REITMAN et CLEVELAND (1964). Elle consiste à déterminer la "taille réelle" et la "taille perçue" en estimant la largeur du visage, du buste, de la taille et des hanches. Les mesures réelles sont déterminées à l'aide d'un anthropomètre, les mesures perçues à l'aide d'une barre horizontale sur laquelle se déplacent deux repères lumineux, ce dans une chambre noire. SLADE et RUSSEL ont étudié parallèlement un groupe témoin de 20 femmes, un groupe de 14 anorexiques mentales hospitalisées et un groupe de 7 femmes obèses, ayant fait une demande de cure d'amaigrissement. *Ils constatent une surestimation des dimensions des différents paramètres chez les obèses, similaire à celle constatée chez les anorexiques.*

Mais on peut reprocher à cette étude une absence de similitude dans la constitution des groupes, ainsi que l'absence de considération de l'âge de début de l'obésité et de la sévérité de l'excès pondéral.



TROISIEME PARTIE

ETUDE CLINIQUE DE 12 OBSERVATIONS

Nous avons étudié, en détail, douze observations, en confrontant les données d'entretiens répétés et de dessins, par les malades, de leur propre silhouette, au cours du traitement.

A chaque étape, nous avons demandé au sujet de se représenter : à son poids maximum, à son poids actuel, et tel qu'il souhaiterait être.

Cette méthode nous a permis de mettre en évidence des discordances entre la réalité et sa perception par la personne.

L'existence d'un retard, dans la prise de conscience de la modification du corps sous l'effet du traitement, nous fait craindre un abandon de la cure, ou une rechute rapide.



CHAPITRE I

OBESITE ET TROUBLE
DE L'IMAGE DU CORPS

PRONOSTIC DE LA CURE EN FONCTION DE L'AGE DE DEBUT DE L'OBESITE

A - TROIS CAS D'OBESITE SEVERE :

A . 1 - DEBUT DANS L'ENFANCE ET MAUVAIS PRONOSTIC :

o Observation n° 1 : Mme R. A..., 33 ans, 109 kg pour 1,58 m.

OBSERVATION N° 1

F 22 021

Mademoiselle R. A..., 33 ans, obésité sévère (109 kg pour 1,58 m), constitutionnelle et familiale, avec retentissement métabolique. Deuxième hospitalisation. Boulimie compensatoire et trouble majeur de l'image du corps. Très mauvais pronostic.

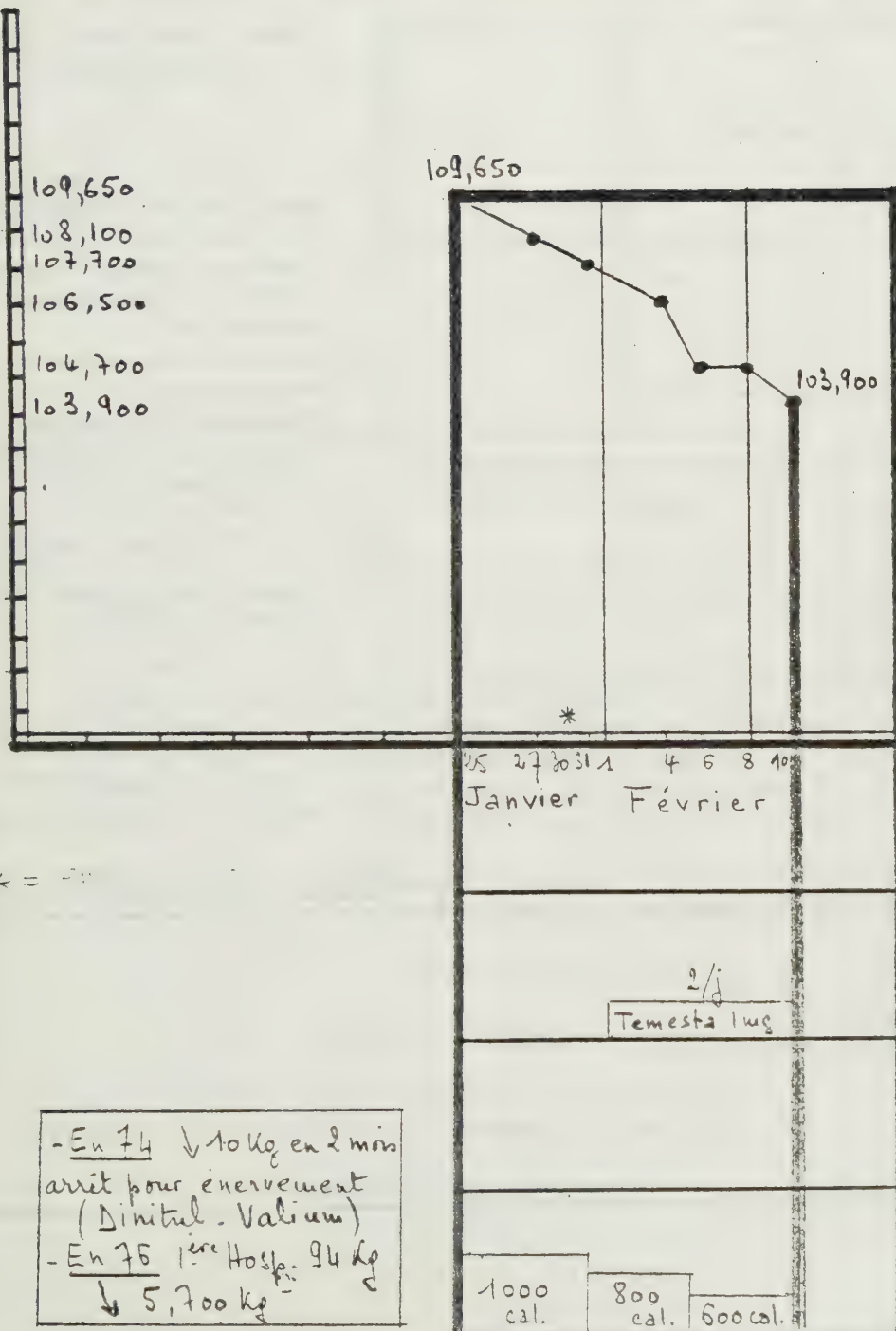


Mme R.A., 33ans, célibataire, un enfant de 5 ans, employée d'hôtel
 -Obésité sévère, avec retentissement métabolique et TA:15/9
 -Début dans l'enfance dans un contexte familial d'obésité, Poids normal pendant l'adolescence.
 -Aggravation gravidique; nouvelle aggravation depuis 4ans en raison de son métier, et de difficultés psychologiques et économiques.

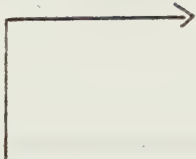
- Boulimie compensatoire diurne et nocturne.
- Troubles émotionnels associés aux cures d'amaigrissement de 1974 (à domicile) et de 1975 (1ère hospitalisation. Prof. Guinet)
- Trouble majeur de l'image du corps
- Entourage défavorable.
- Très mauvais pronostic.

oids
kg

1m58



- En 74 ↓ 10 kg en 2 mois
arrêt pour énervement
(Dinital - Valium)
- En 75 1ère Hosp: 94 kg
↓ 5,700 kg

REPONSES AFFECTIVES A: LA PERTE DU POIDS	HOSPITALISAT. AMBULAT.	TOTAL: 7
anxiété		Schéma corporel perturbé dans le dessin : Non perception du changement corporel induit par l'amaigrissement (dessin entretien) :
symptômes dépressifs	NON	Idéal corporel flou ou irréalisable Sentiments négatifs à l'égard du corps [verbalisation pendant le dessin, et entretien] :
préoccupation % corpulence		Pressions de l'entourage (passées: souvenirs marquants, ou présentes):
préoccupation % nourriture		Début de l'obésité avant 18 ans:
plaintes somatiques	NON	Troubles émotionnels ou névrotiques:
EN FONCTION DE L'AGE DE DEBUT DE L'OBESITE dans l'enfance	... obésité sévère. ... début dans l'enfance ... troubles émotionnels associés aux amaigrissements antérieurs. ... entourage défavorable.	



DESSIN DU 30 JANVIER 1979
107,700kg .4ème jour d'hospitalisation.
Perte de poids de 2kg .

Dessin 1; telle qu'elle se perçoit maintenant:

"C'est surtout des seins et du ventre que je veux maigrir...
J'ai toujours eu une grosse poitrine, comme mes soeurs...
Les bras et les jambes, ça ne me préoccupe pas.
Je me sens comme un ballon...courte sur pattes.
Quand je me regarde dans la glace, je me dis: je voudrais
maigrir de là surtout"(touche son abdomen).

Observation: le dessin évoque la maternité. Elle dit effectivement qu'elle désire un autre enfant, mais qu'elle est trop vieille à 30 ans.

HISTOIRE DE L'OBESITE :

L'excès pondéral remonte à l'enfance (enfant rondelette). Poids normal durant l'adolescence, puis l'obésité se développe dans sa sévérité après la première grossesse (20 kg) ; l'augmentation est progressive, avec majoration 4 ans plus tard après cholécystectomie. Depuis quatre ans, elle ne sort plus de chez elle sauf pour son travail, ne voit plus d'amis, reste seule à regarder la télévision le soir. Quand elle est seule, elle se relève la nuit pour manger du sucre, ce qu'elle ne fait pas les mercredi quand son fils est là.

Elle établit un lien entre son obésité et des situations où elle est agressée par son entourage professionnel, entre son obésité et la solitude.

Mère célibataire d'un fils de 9 ans, elle voudrait vivre avec un ouvrier tunisien mais y renonce devant les réactions de son père (son père a refusé sa grossesse, et elle pense qu'il ne voudrait plus la voir si elle se mariait à un Tunisien). Avoir sa vie et avoir sa famille sont vécus comme deux choses incompatibles ; Elle se vit comme sacrifiée "pourvu que les autres soient heureux autour de moi, moi, je ne compte pas" : elle ne se marie pas parce que son fils, gardé la semaine par ses grands parents, "ne veut pas d'un autre homme". Le grand père maternel a dit à son petit-fils "ton père n'est plus là, tu ne le verras plus jamais, mais je suis ton père et ton grand-père".

Melle A... veut maigrir de 40 kg : perception irréaliste de la cure d'amaigrissement. Elle ajoute immédiatement qu'elle voudrait un autre enfant mais qu'à trente ans, elle est trop vieille. La réalité semble lui échapper.

Le contexte professionnel entretient l'obésité : elle travaille dans un restaurant à Nyons (commence tôt le matin, finit tard le soir : 14 heures de travail par jour pour un salaire de 1 800,00 francs). Elle mange dans les plats toute la journée, pour résister à la station debout, à la chaleur des cuisines et au bruit du restaurant.

CONCLUSION

Obésité sévère de très mauvais pronostic dès la sortie de l'hôpital en raison d'une situation de détresse socioéconomique et psychoaffective et d'un trouble majeur de l'image de corps.

Le trouble de l'image du corps, en relation avec un début de l'obésité dans l'enfance et une obésité sévère, est double :

- . trouble de la perception et du schéma corporel,

- . trouble affectif de l'image du corps avec dégoût de soi et isolement protecteur.

Le corps semble réduit à l'obésité (cf. dessin) : "comme un ballon".

Symboliquement, il semble que l'obésité soit associée à un désir de maternité, de grossesse surtout (réparatrice de l'image corporelle altérée).

Le cercle vicieux du vécu psychologique de l'obésité est évident : la boulimie vient compenser le dégoût du corps et aggrave l'obésité, le désir de grossesse serait réparateur de l'image de soi, mais aggraverait l'obésité tout en l'excusant.

Il semble que Melle A... se place dans des conditions impossibles, tant vis à vis de son obésité que vis à vis de sa vie affective et sociale : elle veut refaire sa vie avec un Tunisien non accepté par ses parents, vit dans un F3 de 700,00 francs par mois avec un salaire de 1 800,00 francs, veut maigrir de 40 kg en travaillant dans un restaurant et l'enquête diététique révèle un trouble de la perception des volumes alimentaires et un manque total de réalisme : ration calorique quotidienne à 1 610 calories selon l'interrogatoire.

Très mauvais pronostic.

A . 2 - DEBUT DANS L'AGE ADULTE, MAIS TROUBLE DE L'IMAGE DU CORPS
DEPUIS L'ENFANCE EN RAISON D'UN NANISME. MAUVAIS PRONOSTIC.

- o Observation n° 1 : Mme P. M..., 53 ans, 88 kg pour 1,36.

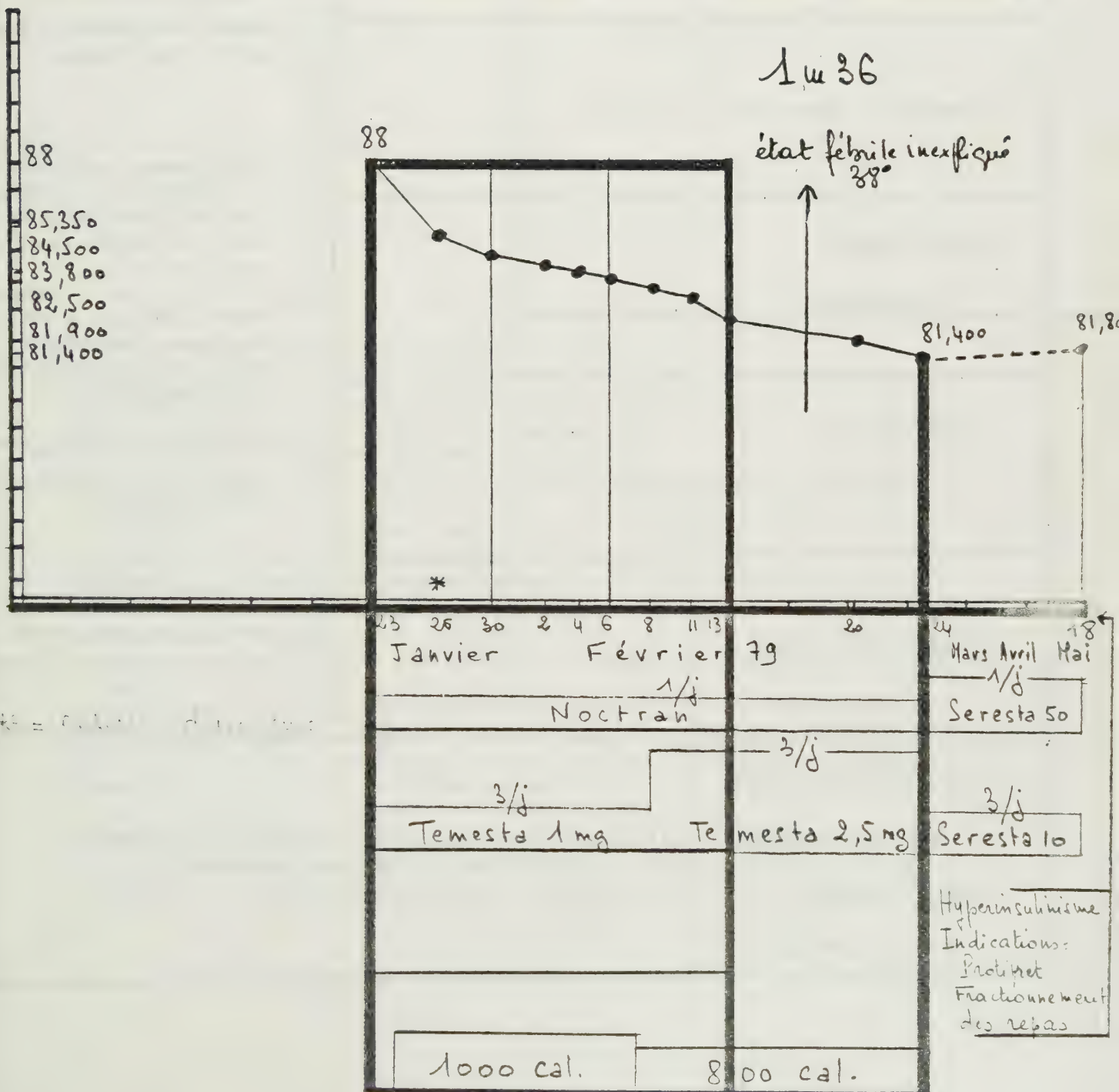
OBSERVATION N° 2

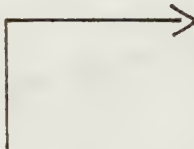
F 25 820

Madame P. M..., 53 ans, obésité sévère et arthrose .
Taille de 1,36 m, poids de 88 kg. Trouble de l'image du corps important
en relation avec la taille et le poids. Mauvais pronostic.

Mme P.M., 53ans, mariée, six enfants dont un mort-né de 4kg500, sans profession.
 -Obésité sévère, sans retentissement métabolique; arthrose des genoux bilatérale. Petite taille de 1m36.
 -Début à l'âge adulte, déclenchement gravidique.
 -Aggravation post ménopausique.

-Troubles émotionnels associés à un amaigrissement antérieur : hospitalisation en 1976 (Hôtel-Dieu), perte de 15kg. en 15j, dépression après la sortie et reprise pondérale en 3 mois.
 -Anxiété et insomnies en raison de difficultés familiales.
 -Trouble majeur de l'image du corps depuis la puberté en raison de sa petite taille. Aggravation avec l'obésité.
 -Mauvais pronostic pour la poursuite de la cure à domicile.



REPONSES AFFECTIVES A: LA PERTE DU POIDS			TOTAL: 6
	HOSPITALISAT. AMBULAT.		Schéma corporel perturbé dans le dessin :
anxiété			Non perception du changement corporel induit par l'amaigrissement (dessin entretien) :
symptômes dépressifs	NON		Idéal corporel flou ou irréalisable
préoccupation % corpulence			Sentiments négatifs à l'égard du corps (verbalisation pendant le dessin, et entretien) :
préoccupation % nourriture			Pressions de l'entourage (passées: souvenirs marquants, ou présentes) :
plaintes somatiques			Début de l'obésité avant 18 ans:
			Troubles émotionnels ou névrotiques:
EN FONCTION DE L'AGE DE DEBUT DE L'OBESITE ; 1ère grossesse	...obésité sévère. ... troubles émotionnels aux essais antérieurs d'amaigrissement. ...entourage défavorable.		



DESSIN DU 26 JANVIER 1979
93kg350, 3ème j.d'hospitalisation.
Perte de poids de 2kg en 3 jours.

Dessin1. Telle qu'elle se perçoit actuellement:

"Je préfère me dessiner de profil...

Je ne me regarde jamais dans la glace de l'armoire de notre chambre, pourtant je passe devant tous les matins, mais je l'évite. Quand je vais acheter une robe, je ne regarde pas, je fais le plus vite possible.

J'ai surtout un gros ventre (elle hésite, ratène et rajoute plusieurs traits).

Mon visage...je ne le sens pas laid, je m'y reconnais.

Si je maigris du ventre, je perdrai des jambes. Les deux kilos que j'ai perdus, c'est sur mon ventre, là devant, que je le sens."

Observation: Elle se dessine un corps de femme enceinte.

Durant l'entretien, elle ajoute: "on m'a souvent dit que j'étais enceinte quand je ne l'étais pas, même encore récemment "

HISTOIRE DE L'OBESITE ET DU TROUBLE DE L'IMAGE DU CORPS :

1. Avant le développement de l'obésité, Mme P. M... présentait un trouble de l'image du corps dû à sa petite taille :

A partir de 14 ans, elle a souffert des critiques de ses camarades, garçons et filles au point de ne plus vouloir aller au lycée. Elle fugue 15 jours, puis quitte l'école et travaille comme serveuse dans le restaurant de ses parents. Les réflexions des clients lui sont vite aussi insupportables. Elle réagit violemment : "J'en devenais méchante" dit-elle.

2. La prise de poids a commencé avec les grossesses :

"Je voulais être sage femme, mais j'étais trop petite, et j'avais arrêté l'école. Alors, j'ai eu cinq enfants".

3. Le vécu de l'obésité est extrêmement douloureux :

"Mon mari s'y habitue petit à petit. Mais dans la rue, on m'insulte parce que je suis petite et grosse. Avant je réagissais violemment, maintenant je le garde en dedans".

4. La prise pondérale s'est encore accentuée avec la ménopause :

Elle a beaucoup de mal à accepter l'impossibilité d'une nouvelle maternité (son dernier enfant a cinq ans). Ses aînés commencent à quitter la maison, et la perspective d'une maison vide l'angoisse beaucoup. Toute sa vie n'a de sens que par rapport à ses enfants.

L'ensemble de son vécu l'amène à ne pas pouvoir supporter l'image qu'elle a d'elle-même :

"Je ne m'accepte pas. Je n'accepte ni ma taille, ni mon poids, ni mon caractère violent".

CONCLUSION :

Obésité sévère dont le début remonte à l'âge adulte (post gravidique). Malgré un début à l'âge adulte, le pronostic est réservé en raison d'un trouble majeur de l'image du corps révélé par le dessin et par l'entretien et dont l'origine remonte à la puberté où elle a beaucoup souffert de sa petite taille.

Le trouble de l'image du corps est double :

- . trouble du schéma corporel,
- . et trouble du vécu affectif du corps.

L'obésité semble très liée à un désir de maternité non comblé malgré six grossesses. Ce désir reste latent avec la ménopause et le départ de son fils aîné, car il correspond à un désir de réparation narcissique de l'image du corps.

Le pronostic est défavorable en raison :

- . d'une non-perception des volumes alimentaires occasionnant des erreurs diététiques importantes (l'enquête diététique donne une estimation de 1 300 calories par jour, ce qui est impossible, vu la bonne réaction de la courbe de poids au régime hypocalorique durant l'hospitalisation).

- . d'une non-perception du schéma corporel et d'un sentiment de dégoût corporel.

- . des réponses affectives malencontreuses en cours de cure (aggravation de l'anxiété, des préoccupations alimentaires et des plaintes somatiques).

On craindrait un état dépressif si la chute de poids persistait.

En fait, l'évolution en ambulatoire révèle un plafonnement de la courbe de poids avec irritabilité et insomnies.

A . 3 - DEBUT DANS L'AGE ADULTE ET BON PRONOSTIC :

- o Observation n° 3 : Mme M.F. P..., 28 ans, 116 kg pour 1,66 m.

OBSERVATION N° 3

F 22 325

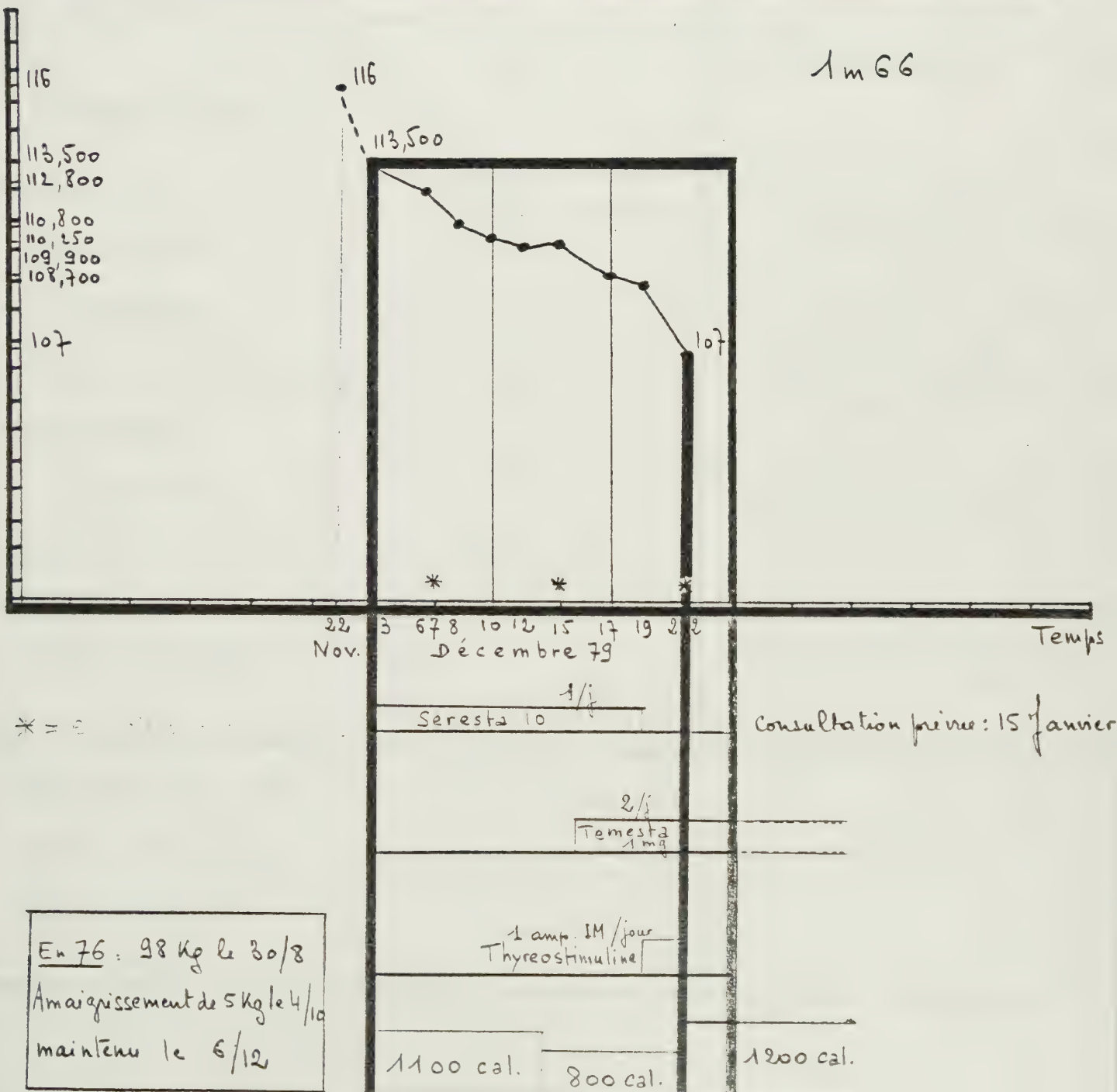
Madame M.F. P..., 28 ans, obésité sévère (116 kg pour 1,66 m) à caractère familial et à déclenchement gravidique. Boulimie compensatoire et trouble de l'image du corps modéré. Bon pronostic si elle est soutenue psychologiquement.

Mme M.F.P, 28ans, mariée, deux enfants de son mariage et deux enfants du premier mariage de son conjoint, sans profession.
 -Obésité sévère, à caractère familial et à déclenchement gravidique, entretenue par des soucis familiaux et conjugaux.
 Aggravation depuis 1975 (ligature des trompes).

-Troubles émotionnels (irritabilité, insomnies, état dépressif, associés aux amaigrissements antérieurs, et reprise pondérale
 -La séparation familiale lors de l'hospitalisation déclenche un état de détresse émotionnelle.
 -Trouble modéré de l'image du corps en fin d'hospitalisation, vif au début (dégoût).

-Bon pronostic si elle est soutenue psychologiquement dès le début du traitement ambulatoire.

ids
kg



En 76: 98 kg le 30/8

Amaigrissement de 5 kg le 4/10

maintenu le 6/12

M.F.P

F 22325

REPONSES

AFFECTIVES A: LA PERTE DU POIDS

HOSPITALISAT. AMBULAT.

TOTAL:

5

Schéma corporel
perturbé dans le
dessin :

0

anxiété

Non perception du
changement corporel
induit par l'amaigrissement (dessin
entretiens):

1

symptômes dépressifs

Idéal corporel flou
ou irréalisable

0

préoccupation

% corpulence

Sentiments négatifs
à l'égard du corps
(verbalisation pendant le dessin, et
entretiens):

1

préoccupation

% nourriture

Pressions de l'entourage (passées:
souvenirs marquants,
ou présentes):

1

plaintes somatiques

NON

Début de l'obésité
avant 18 ans:

0

Troubles émotionnels ou névrotiques:

1

EN FONCTION DE
L'AGE DE DEBUT
DE L'OBESITE :

22 ans.

... obésité sévère.

... troubles émotionnels associés aux
amaigrissements antérieurs.

1. (NB ce dessin est le seul à avoir été reproduit sous sa taille originelle: 21cmx29,7cm⁴, Les autres dessins ont été réduit au tiers de leur taille).



DESSINS : (22 décembre 1979)

22 décembre 1979 : 107 kg.

Perte de poids de 6,500 kg en 3 semaines.

I. Telle qu'elle se sent maintenant :

"Je me sens tellement énorme...

Comment fait-on ? ... on commence par le cou... mais c'est même pas ça. Là j'ai des bourrelets (tronc)... Comment peut-on faire les bourrelets ?

Je me fais des jambes minces... mais ce n'est pas ça.

J'ai de plus gros bras et un cou plus gros ; j'ai beaucoup de poitrine ; j'ai de gros doigts.

J'ai un bourrelet tout autour de la taille.

Les cuisses sont plus grosses (2ème trait)".

II. Telle qu'elle était avant :

Elle ne dessine pas mais parle à partir du premier dessin :

"Quand je fais ma toilette, je crois que j'ai moins de ventre, mais mon alliance est toujours coincée.

Mes jambes sont moins enflées que je me baisse.

Les hanches n'ont pas bougé.

Quand je viendrai habillée en janvier, je vous dirai mieux.

Pour le moment, c'est la même taille de soutien-gorge. Pour la tête, je ne sens pas la différence.

Moi, je me vois grosse de partout. Quand je m'habille, il faut une taille de plus à cause des bras. Je me sens grosse de la racine des cuisses jusqu'aux orteils. J'ai commencé à grossir à ma première grossesse ; au 5ème mois je faisais 66 kg puis j'ai pris 19 kg ; à la deuxième grossesse, j'en ai pris 20. J'ai réalisé que j'étais grosse devant les réactions des infirmières quand je me suis fait opérer de la vésicule, je faisais 89 kg.

III. Telle qu'elle désire être :

Elle me décrit comment elle était auparavant, et fait référence à des photos. La description est précise et réaliste.

Observation : L'absence de mains, pieds et visage me semble correspondre à un trouble affectif de l'image du corps (dégoût).

CONCLUSIONS :

1 - Dans ce cas d'obésité majeure, ayant débuté à l'âge adulte, le trouble de l'image du corps est important :

. elle ne sent pas totalement le changement corporel induit par la perte de poids ;

. elle ne parvient pas, à travers le dessin, à représenter les volumes corporels réels ;

mais verbalement, elle parvient à corriger ses troubles de perception et évalue avec justesse des erreurs d'estimation.

. au niveau des affects, elle éprouve un violent dégoût d'elle-même, son corps lui semble étranger et sans relation avec sa personnalité. Ce dégoût s'atténue avec la cure. Jusqu'à présent, il retentit surtout sur sa vie sexuelle et, dans le dessin, ce sont les seins et la région pubienne qui la troublent le plus. Les réactions de l'entourage (mari qui a une seconde vie, voisins ou commerçants qui ont fait des réflexions désobligeantes) renforcent le sentiment de dégoût ; elle évite de sortir, n'accompagne pas ses enfants à l'école...

2 - Affectivement, elle dépend beaucoup de ses enfants et de sa maison en construction. La séparation des premiers jours d'hospitalisation l'a mise dans un état de détresse psychologique intense. Mais la suite de l'hospitalisation lui a permis de vérifier combien sa famille tenait à elle, ce qui l'a réconfortée.

L'état dépressif, associé à une boulimie de compensation (3 300 calories par jour) nocturne surtout, à des insomnies, s'est amélioré sous traitement et thérapie de soutien.

3 - Grâce à un bon contact en entretien et à une éducation diététique réaliste vis à vis des épisodes boulimiques, on peut espérer une bonne évolution. Pouvoir exprimer son dégoût a eu un effet d'édramatisant. Elle semble suffisamment lasse de son obésité pour pouvoir rompre ce cercle vicieux, pourvu qu'on la soutienne, surtout au début du traitement ambulatoire.

Obésité sévère, à début adulte, de bon pronostic si la patiente est suivie en thérapie de soutien associée à une éducation diététique.

Les réactions affectives à la perte de poids et le type de trouble de l'image du corps font, de ce cas, un type d'obésité totalement différent des deux premiers cas présentés où les réactions à la cure et le trouble de l'image du corps sont plus intenses, en relation avec les difficultés connues dans l'enfance ou l'adolescence.

B - DEUX CAS DE 14 ET 21 ANS MONTRANT LES PERIODES CRITIQUES DE CONSTITUTION D'UN TROUBLE DE L'IMAGE DU CORPS DANS L'ADOLESCENCE ET LE DEBUT DE L'AGE ADULTE

B . 1 - DEBUT DANS L'ENFANCE, ACTUELLEMENT EN PHASE CRITIQUE POST-PUBERTAIRE (pressions de l'entourage et hyper-émotivité)

o Observation n° 4 : Melle C. B..., 14 ans 1/2, 73 kg pour 1,54 m.

OBSERVATION N° 4

F 26 361

Mademoiselle C. B..., 14 ans 1/2, obésité constitutionnelle, aggravation pubertaire (premières règles : 13 ans). Trouble de l'image du corps et période critique de l'adolescence. Bon pronostic, seulement si le trouble de l'image du corps peut être enrayé par une psychothérapie.

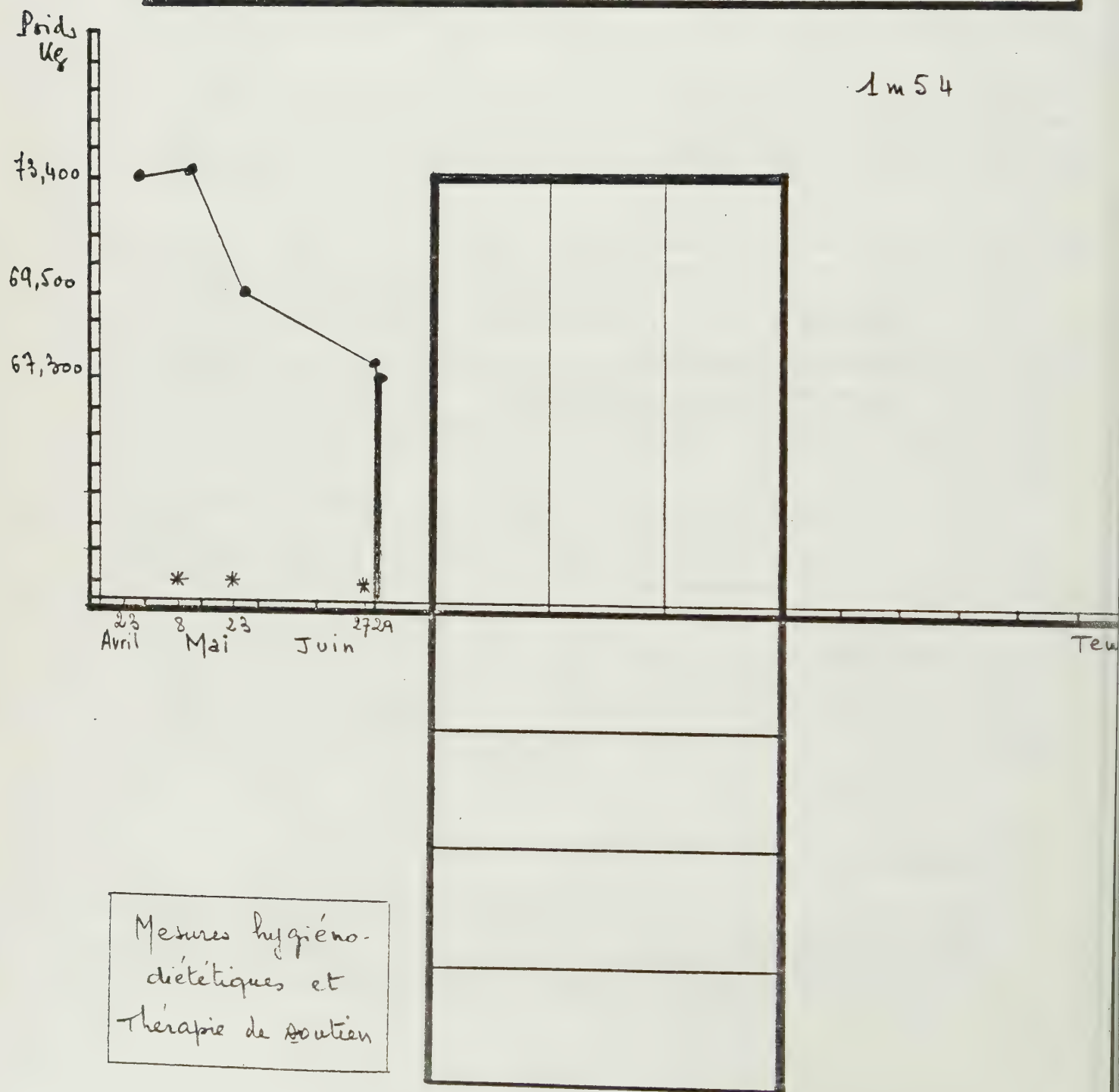
Melle C.B., 14ans $\frac{1}{2}$, en classe de quatrième.

-Excès pondéral constitutionnel ayant dès l'enfance conduit à des prescriptions hygiéno-diététiques (1^{er} régime à 4ans, perte de 8kg, reprise de 6kg à l'arrêt du traitement).

-Aggravation pubertaire (Premières règles: 13 ans).

-Trouble de l'image du corps d'origine affective en période critique post-pubertaire. Pressions de l'entourage et boulimie compensatoire.

-Bon pronostic si le trouble de l'image du corps est traité avant qu'il ne s'aggrave. Indication de psychothérapie.



Melle C.B.

F.25361

REPONSES		TOTAL: 5	
AFFECTIVES A: LA PERTE DU POIDS		Schéma corporel perturbé dans le dessin :	1
	HOSPITALISAT. AMBULAT.		
anxiété		Non perception du changement corporel induit par l'amaigrissement (dessin entretiens):	0
symptômes dépressifs	NON	Idéal corporel flou ou irréalisable	1
préoccupation % corpulence	NON	Sentiments négatifs à l'égard du corps (verbalisation pendant le dessin, et entretiens):	0
préoccupation % nourriture		Pressions de l'entourage (passées: souvenirs marquants, ou présentes):	1
plaintes somatiques	NON	Début de l'obésité avant 18 ans:	1
		Troubles émotionnels ou névrotiques:	1
EN FONCTION DE L'AGE DE DEBUT DE L'OBESITE ; constitutionnelle Poids de naissance: 4kg200	...Début de l'obésité avant 18 ans. ...Troubles émotionnels associés aux amaigrissements antérieurs. ...Entourage défavorable		



DESSIN DU 27 JUIN 1979

Lors du 3ème entretien, 66,5kg

Perte de poids de 7kg en 7 semaines.

Dessin 1. Telle qu'elle se perçoit actuellement:

"Je ne perçois pas de changement"

"Je me sens perdue... est-ce que je dois me dessiner de face ou de profil". (Elle choisit le profil parce que c'est plus facile, puis change de crayon, comme, recommence...)

Observation: Elle commence par la tête, puis se trouve désorientée pour placer les différentes parties du corps les unes par rapport aux autres. La mise en place de repères au niveau des principales articulations du corps lui permet de résoudre la difficulté. Elle rejoint les points par des lignes, et place son corps en mouvement. Les proportions sont justes. Par contre le dessin des formes et de la silhouette est très hésitant. L'estimation des volumes est perturbée. Elle termine par les seins et le ventre avec un trait peu appuyé et hésitant.

Dessin 2. Elle préfère localiser les changements sur le premier dessin. Elle sent une modification des joues et de la taille, [trait de la ceinture]

"Les joues, on me le dit souvent... La taille, j'ai changé de taille de pantalons.

Je voudrais changer les cuisses aussi, ça commence un peu. Quand je monte à cheval, maintenant j'ai mal aux fesses."

Dessin 3. Elle refuse de dessiner.

"Je voudrais dépendre de moi-même."

DETAIL DES ENTRETIENS :

1er entretien : 8 mai 1979 (1/2 heure)

1er contact : timide, impressionnée puis sourit.

visage très mobile, de la gaîté au souci.

vitalité. Aime l'activité physique (vélo, basket, cheval (où elle entraîne ses amies) et aime jouer.

douceur des yeux bleus dans ce corps massif où l'impulsivité est contrôlée semble-t-il.

Vécu de la cure : J'utilise l'image du cavalier et du cheval.

Elle aura à tenir les 2 rênes en même temps : le poids d'un côté, la sensibilité de l'autre, et à ne pas tirer d'un côté plus que de l'autre sinon le cheval n'ira pas droit.

Image du corps : Elle aime se servir de son corps dans le sport. Elle semble être pour ses camarades, garçons et filles, la "bonne copine".

Elle n'a pas de souvenirs scolaires désagréables vis à vis de son poids. Elle n'est pas gênée, dit-elle, par son corps.

* Pressions maternelles : c'est sa mère qui veut qu'elle maigrisse. Agressivité et affection mêlées vis à vis de sa mère.

2ème entretien : 23 mai 1979

Vécu de la cure : Perte de poids : 4,5 kg en 3 semaines en supprimant le pain seulement (petit déjeuner - goûter).

- Elle se sent hypersensible et contrariée pour un rien, souvent avec sa mère et surtout vers 17 h (pas de goûter). Je lui propose de rajouter une biscotte et du fromage à 17 h et lui explique que se sentir en colère peut correspondre à la sensation de faim. Je lui demande de ralentir la perte de poids.

Image du corps : Elle ne sent pas la perte de 4,5 kg dans son corps.

Elle "se sent à fleur de peau" et l'attribue à ceci : "il y a 2 mois, une amie s'est cassée la jambe devant moi. Elle criait beaucoup. Elle avait très mal. J'ai été très touchée".

(Hypothèse : sentiment d'être menacée, blessée dans son corps ?)

3ème entretien :

Vécu de la cure : Perte de poids de 3 kg en 4 semaines.

N'a pas suivi le régime depuis 3 semaines : 15 jours de voyage en Italie : "Je n'ai mangé que des glaces et j'ai perdu 2 kg".
 1 semaine de camp : poids stable.
 N'a plus eu de période de contrariété. Se sent heureuse.

Image du corps : Elle ne perçoit pas le changement corporel
 → proposition du dessin.

CONCLUSIONS :

- 1 - Le vécu de la cure : La suppression du pain entraîne une perte de poids rapide de 7 kg en 7 semaines, avec les réactions affectives suivantes :
 - . une irritabilité en liaison avec la restriction alimentaire puisqu'elle cesse à l'arrêt volontaire du régime pendant les trois semaines de vacances.
 - . un sentiment inconscient d'être menacée dans son corps.
 - . une non-perception du changement corporel dû à l'amaigrissement.
- 2 - Image du corps : Le dessin révèle des difficultés de l'image du corps (gomme, hésite, rature), plus au niveau de la perception des volumes corporels et des formes qu'au niveau des sentiments éprouvés vis à vis du corps (pas de commentaire négatif ni de dégoût) ainsi que des difficultés d'intégration de la modification pubertaire (bassin, cuisses, seins) propre à son âge.

Par contre le schéma du corps en mouvement et la mise en place des articulations traduit une conscience du corps en mouvement juste et l'existence d'une spontanéité dans les gestes qui n'est pas encore étouffée.
- 3 - Conséquences thérapeutiques :
 - se méfier d'une perte de poids trop rapide qui entraîne irritabilité et risque de friction familiale.
 - attirer l'attention de la mère sur le danger d'une pression trop forte vis à vis du poids de la part des adultes qui risquerait d'augmenter le trouble de l'image du corps alors qu'il n'y a pas chez sa fille, de sentiments négatifs vis à vis de son corps.
 - insister sur l'intérêt d'une suite tous les 6 mois jusqu'à 18 ans afin de prévenir une rechute et de tenter d'éviter l'installation d'un dégoût.

L'adolescence, période critique :

Melle C. B... commence sous la pression des regards extérieurs (parents, adultes) à prendre conscience de son obésité, ce que manifestent une hypersensibilité au regard d'autrui, le désir de paraître normale et le sentiment d'être menacée.

C'est une période-clé pour démarrer une prise en charge psychologique afin d'éviter que le trouble de l'image du corps ne se transforme en dégoût de son corps et d'elle-même.

Actuellement, ce début de prise de conscience, accompagné du sentiment d'être marginale et incomprise, renforce le besoin de compenser par la nourriture.

B . 2 - DEBUT DANS L'ADOLESCENCE, ACTUELLEMENT EN PHASE CRITIQUE
DE PASSAGE A L'AGE ADULTE : constitution d'un dégoût de soi.

- o Observation n° 5 : Mme N. G..., 21 ans, 81 kg pour 1,67 m.

OBSERVATION N° 5

F 26 966

Madame N. G..., 21 ans, obésité ayant débuté à 12 ans, dans un contexte d'obésité et de diabète. Boulimie compensatoire et trouble de l'image du corps. Mauvais pronostic tant qu'elle persiste à chercher le remède miracle.

Mme N.G., 21 ans, mariée depuis deux ans, une fille de 15 mois, secrétaire de formation, travaillant comme **ouvrière**.

-Obésité, sans retentissement métabolique, dans un contexte familial d'obésité et de diabète.

-Début pubertaire, à 12 ans.

-Aggravation psychogène depuis l'arrêt du travail de secrétariat pour grossesse et mariage. Boulimie compensatoire.

-Acnée.

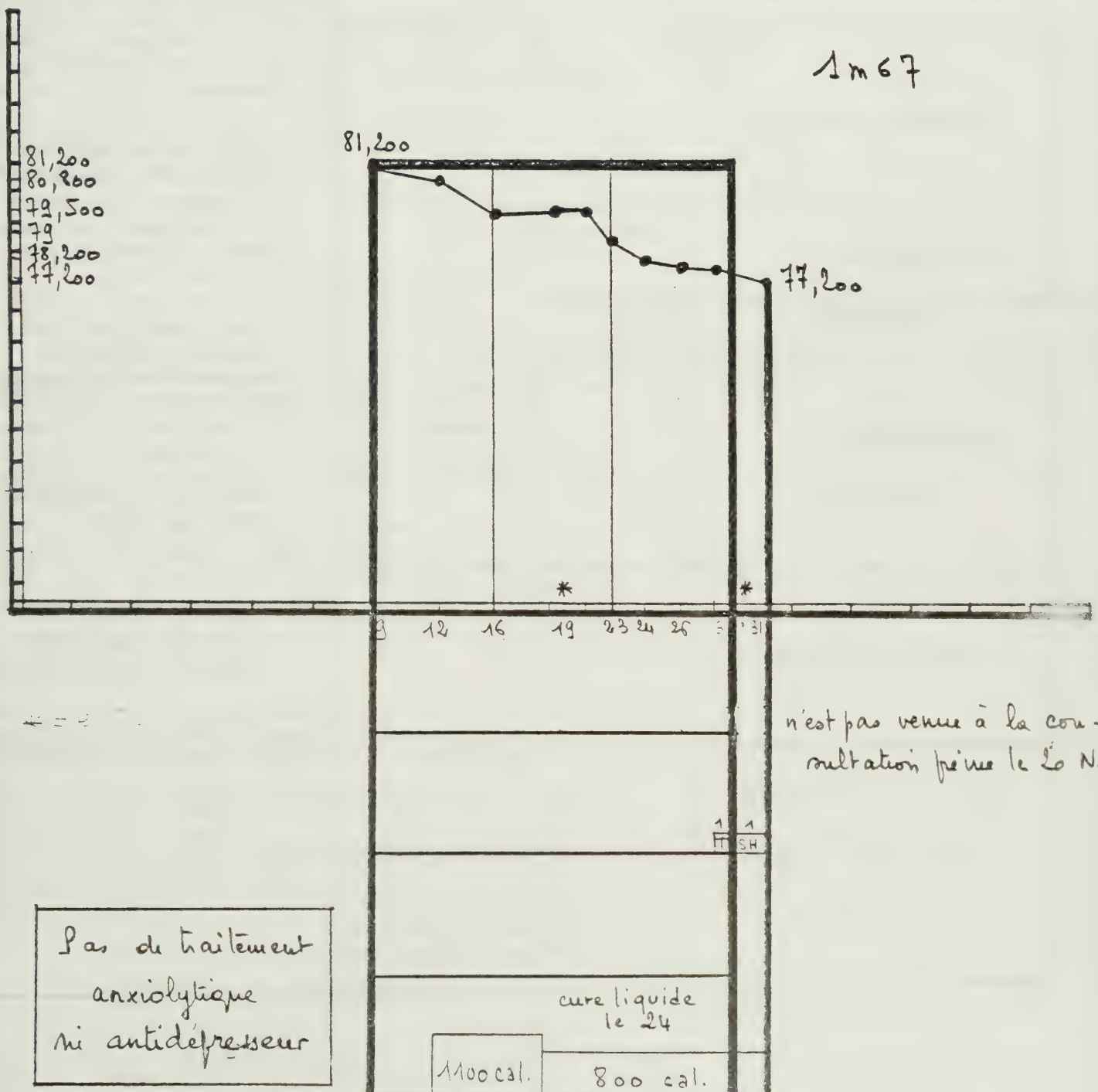
-Etat dépressif depuis son mariage (tensions conjugales, arrêt de toute vie sexuelle).

-Essai de régime sous Pondéral Retard avec reprise de 7kg à l'arrêt. Manque de réalisme et refus de l'obésité.

-Trouble de l'image du corps aggravé par la mésentente conjugale. Mauvais pronostic pour toutes ces raisons.

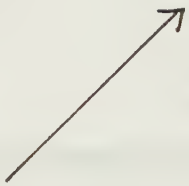
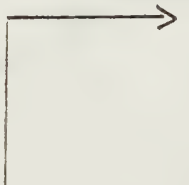
ids
Kg

1m67



n'est pas venue à la consultation prévue le 20 Nov

Pas de traitement
anxiolytique
ni antidépresseur

REPOSES AFFECTIVES A: LA PERTE DU POIDS	TOTAL: 6	
	Schéma corporel perturbé dans les dessins:	
	HOSPITALISAT. AMBULAT.	
anxiété		Non perception du changement corporel induit par l'amaigrissement (dessins 1 et 2, entretiens):
symptômes dépressifs		Ideal corporel flou ou irréalisable (dessin 3):
préoccupation % corpulence		Sentiments négatifs à l'égard du corps (verbalisation pendant le dessin, et entretiens):
préoccupation % nourriture		Pressions de l'entourage (passées: souvenirs marquants, ou présentes):
plaintes somatiques		Début de l'obésité avant 18 ans:
		Troubles émotionnels ou névrotiques:
EN FONCTION DE L'AGE DE DEBUT DE L'OBESITE : 18 ANS	...début de l'obésité avant 18 ans ... entourage défavorable. ... troubles émotionnels aux essais d'amaigrissement antérieurs. ... antécédents dépressifs.	

Dessin1. "Mon visage, c'est ce que j'aime le plus en moi. J'ai coupé mes cheveux longs par rage devant mon poids et par défi vis à vis de mon mari. A cette période, je voulais partir...
Là, on va faire du Picasso, on va schématiser" (dessine les jambes, puis les seins, le ventre, les bras)

Dessin2. "C'est le même dessin. Je suis au maximum de poids actuellement. En 10 jours, je ne perçois pas la différence". (elle insiste sur la partie entre la taille et les genoux qu'elle met entre 2 traits et insiste sur le repli suspubien qui lui inspire du dégoût. NB: elle a accouché il y a 15 mois. Elle parle des injures de son mari et de son refus d'avoir des relations sexuelles avec elle parce qu'elle est pleine de graisse."



Dessin 3. "Le visage, c'est le même" dit-elle en commençant par la taille, le bassin et les jambes. Puis elle dessine la poitrine, elle termine, à ma demande, par le visage.

"Je pourrai mettre des vêtements plus provocants, beaucoup plus sexy, qui serrent en bas et sont plus marqués à la taille...
La seule chose qui me plaît, ce sont les pieds."

Observation: Elle semble vivre son corps comme un objet sexuel. Souffrance. Dégoût actuel. Idéal proche de celui de la mode, désir irréalisable. Ces dessins sont réalisés dans une période très dépressive, en l'absence de traitement anti-dépresseur

3



CONCLUSIONS :

- Obésité ayant débuté à l'âge critique de la puberté (souvenirs marquants). Premier essai de régime au lycée, suite aux critiques de ses camarades en 1976 (chute à 63 kg.)

Elle a intégré en elle une image de dégoût de son corps au moment du passage à l'âge adulte (19 ans, à la faveur des difficultés sexuelles de sa vie conjugale).

- trouble de l'image du corps d'origine affective et non-perception du changement corporel en cours.
- vécu psychologique de la cure défavorable avec réponses affectives négatives à la perte de poids.
- l'absence de traitement anxiolytique et anti-dépresseur coïncide avec une chute ralentie de la perte de poids (perte de 4 kg en 22 jours).
- l'irréalisme vis à vis de la cure (désir d'un traitement miracle et perte rapide) n'a pu être enrayé par l'entretien, vu l'état d'agressivité et d'anxiété aggravé par le régime.

L'hospitalisation est vécue comme l'expérience d'une désillusion, d'autant plus qu'elle fait de l'obésité la cause de tous ses maux.

- Mauvais pronostic. Ne se présente pas à la première consultation.

CHAPITRE II

OBESITE ET DEPRESSION

PRONOSTIC DE LA CURE EN FONCTION DE L'INTENSITE DU TROUBLE DE L'IMAGE DU CORPS
CHEZ 4 OBESES HOSPITALISEES DANS UN ETAT DEPRESSIF

A -	LE SENTIMENT D'ABANDON : DEPRESSION REACTIONNELLE A LA SOLITUDE ET HYPERPHAGIE COMPENSATRICE DE LA CARENCE AFFECTIVE : 2 CAS
-----	---

A . 1 - Mme G. C..., 33 ans, 92 kg pour 1,70 m.

OBSERVATION N° 6

F 26 057

Mme G. C..., 33 ans, obésité sévère ayant débuté à la puberté dans un contexte familial d'obésité, et syndrome dépressif chronique après ovariectomie puis divorce, dans un contexte de névrose hystérique. Image du corps conservée et bon pronostic si la psychothérapie entreprise est poursuivie.

Mme G.C., 33 ans, séparée de son second conjoint, sans enfant secrétaire.

-Obésité majeure, sans retentissement métabolique.

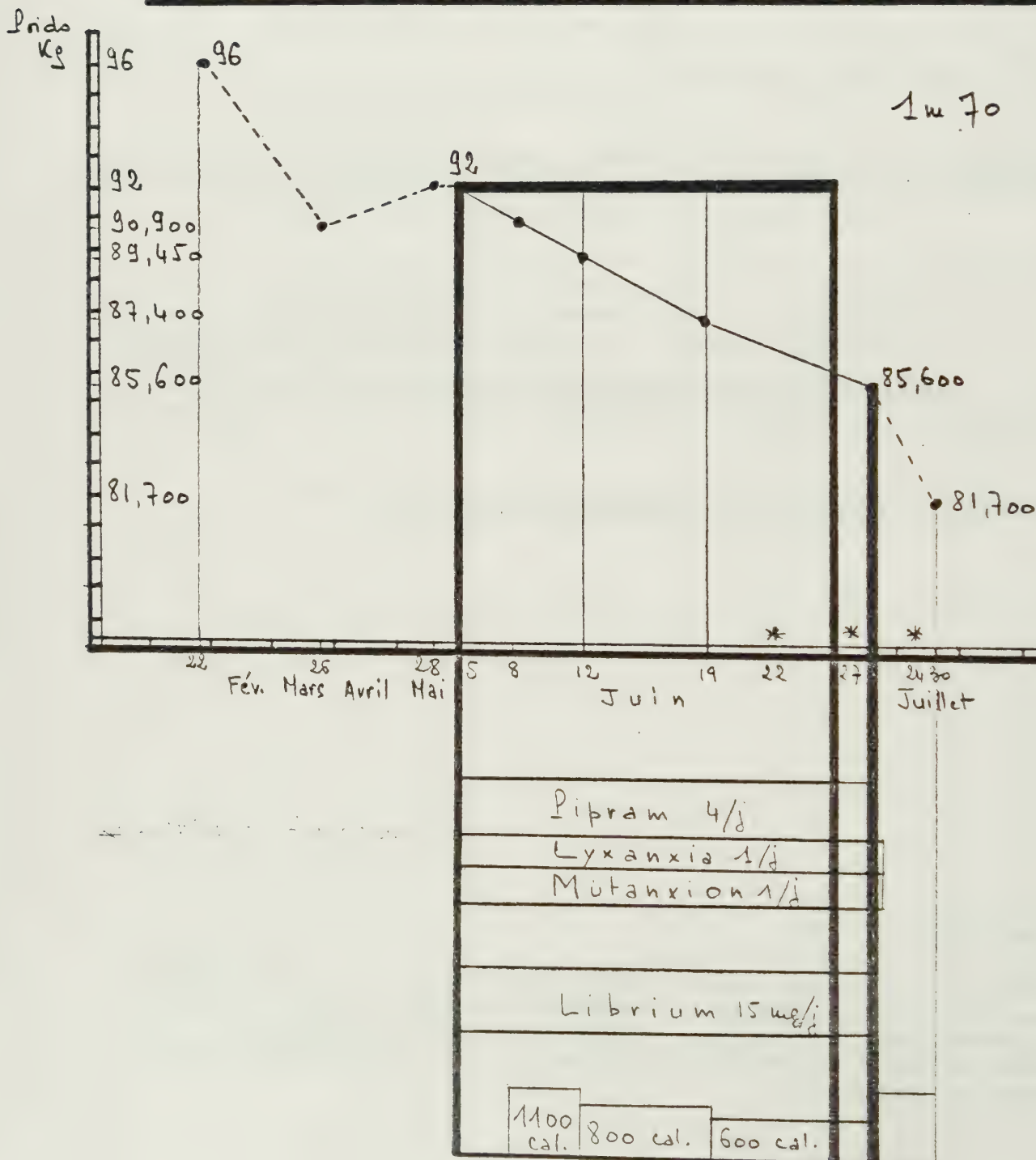
-Début à l'adolescence en période pubertaire, contexte familial d'obésité.

-Aggravation depuis un an (séparation conjugale) en raison d'une boulimie compensatoire impressionnante.

-4 épisodes dépressifs graves: en 1970 post ovariectomie, stérilité depuis et divorce en 1972; en 1976 2ème mariage et tentative de suicide; en janvier 1979 seconde T.S; dans un contexte de névrose hystérique (deux malaises H. durant l'hospitalisation); psychothérapie en cours.

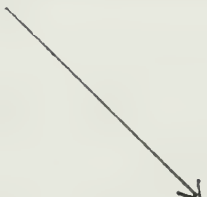
-Bonne adaptation de l'image corporelle durant la cure.

-Bon pronostic immédiat parce qu'elle est soutenue.



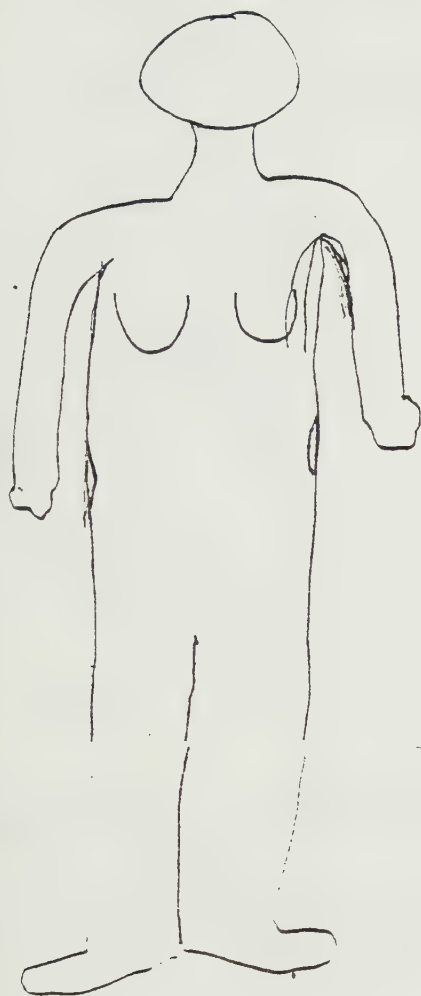
Mme G.C.

F.23057

REPONSES AFFECTIVES A: LA PERTE DU POIDS	HOSPITALISAT. AMBULAT.	TOTAL: 3
anxiété		Schéma corporel perturbé dans les dessins: 0 Non perception du changement corporel induit par l'amai-grissement (dessins 1 et 2, entretiens): 0
symptômes dépressifs		Idéal corporel Flou ou irréalisable (dessin 3): 0
préoccupation % corpulence		Sentiments négatifs à l'égard du corps (verbalisation pendant le dessin, et entretiens): 1
préoccupation % nourriture		Pressions de l'en-tourage (passées: souvenirs marquants, ou présentes): 0
plaintes somatiques	NON	Début de l'obésité avant 18 ans: 1 Troubles émotion-nels ou névrotiques: 1
EN FONCTION DE L'AGE DE DEBUT DE L'OBESITE ; 12 ANS	...obésité sévère. ...début de l'obésité avant 10 ans. ...antécédents dépressifs.	



2. [maximum: 96kg en janv. 79]



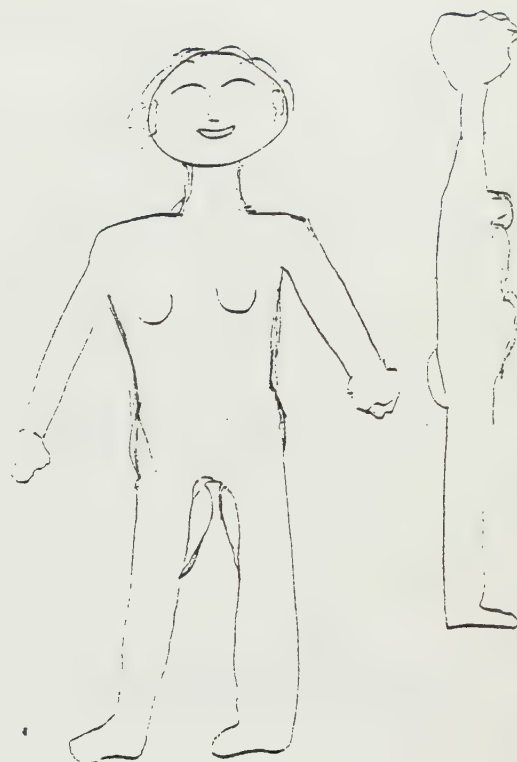
DESSINS DU 26 JUIN 1979
96kg . Perte de 9 kg en 3 sem.

Amélioration spectaculaire de
l'état dépressif, mais l'hôpi-
tal la protège de la solitude.

Les dessins sont de bon pronostic;
dynamique de la personne.

1.

124



3.





DESSINS DU 24. OCTOBRE 1878.
 31 Kg 600. Perte de poids de
 12 Kg en 2 mois. 1ère con-
 solidation.

Bonne amélioration psychique,
 humeur, gaieté, le fond restant
 fragile



EXPRESSION ORALE PENDANT LES DESSINS DU 24 JUILLET 1979 :

Dessin 1 : Telle qu'elle se perçoit maintenant :

"Je me fais une grosse tête. Je vais y mettre des cheveux...
 Je vais mettre quelque chose au bout de la main, ... sinon je suis ridicule...
 Je suis gigantesque... En anatomie je suis douée... J'ai de ces guiboles...
 Je me verrais bien avec des cheveux longs. Je voudrais une coiffure africaine. J'en fais souvent à Marie Claude...
 Je peux peut-être me mettre une jupe ; ça ferait moins indécent. Oui avec une robe, c'est tout de suite mieux. Je vais faire les "quiquis".
 Voilà, je suis belle".

Dessin 2 : Telle qu'elle était avant :

"Ça c'est quand je suis sortie de l'hôpital...
 Non... j'ai eu la main lourde, c'est plutôt comme j'étais au début.
 En maigrissant, les seins se sont ramollis. Je vais aller voir un kinésithérapeute pour apprendre des mouvements".

Dessin 3 : Telle qu'elle désire être :

"Mon idéal...
 plus de hanches...
 Je suis bien mastoc de haut.
 Là c'est sûr, j'ai des cheveux longs.
 Je vais m'habiller. Si je redeviens mince, je serai très excentrique".

CONCLUSIONS :

Obésité réactionnelle à un sentiment d'abandon (dépression et boulimie compensatoire).

L'obésité ne semble pas être le problème principal mais un problème secondaire car Mme G. C... réagit très favorablement à la cure d'amaigrissement :

- 1. perte de poids importante.
- 2. absence d'aggravation de l'état dépressif et de l'anxiété pendant l'amaigrissement.
- 3. image du corps dynamique évoluant avec le changement en cours ; idéal corporel précis, "en marche" (cf. dessin 3 des deux séries).

L'obésité majeure due à une boulimie compensatoire est réactionnelle à un état dépressif chronique, avec périodes de haut et de bas et deux

tentatives de suicide d'appel.

Le sentiment profond d'abandon repose sur des réalités (orpheline de père, abandonnée par sa mère, enfance et adolescence à l'Assistance publique avec sa soeur ; puis sa mère reprend contact tout en les laissant à l'orphelinat ; actuellement très dépendante de sa mère et de son beau-père ; elle n'a pas coupé le cordon ombilical rétabli tardivement). La carence affective de l'enfance induit un comportement de demande : oralité et avidité. Le sentiment d'abandon a été renforcé par les deux échecs de ses mariages, et par l'impossibilité d'avoir des enfants. (Stérilité post ovariectomie ayant entraîné la première tentative de suicide et le divorce).

C'est en fonction de la résolution de ce problème d'abandon, que l'obésité peut se résoudre à long terme.

A court terme, la prise en charge intense de l'hospitalisation, suivie à sa sortie par la prise en charge par un groupe d'obèses, (obèses hospitalisés ensemble qui ont décidé de maigrir ensemble) a entraîné un pronostic très favorable.

- Hyperphagie compensatoire d'une carence affective.

- Crainte de la solitude et de l'abandon : en dépendance vis à vis de sa mère dont elle ne parvient pas à se séparer, instabilité des relations hétérosexuelles et échecs conjugaux.

- Trouble de l'image du corps féminin : 1ère série de dessins où le corps a une carrure masculine ; 2ème série où le corps est représenté sans seins puis caché pour indécence sous des habits ; entretiens qui révèlent un désir de maternité et une anxiété à l'égard des relations sexuelles. La certitude de la stérilité lui a infligé une blessure narcissique d'autant plus grande qu'elle est toujours en recherche de sa mère ; l'état dépressif chronique et l'aggravation de l'obésité sont consécutifs à l'ovariectomie.

A . 2 - Melle S. M..., 28 ans, 85 kg pour 1,68 m.

OBSERVATION N° 7

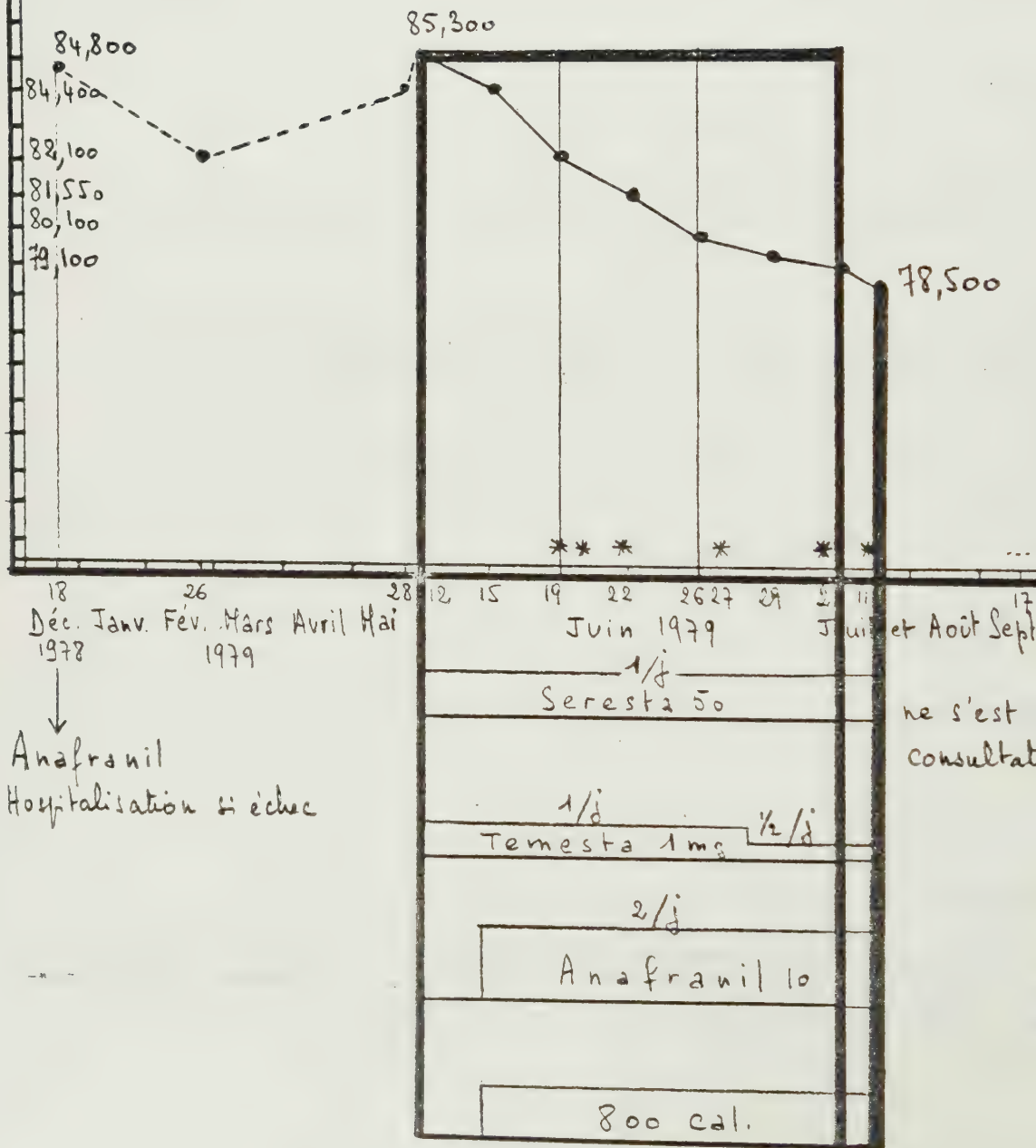
F 20 482

Melle S. M..., 28 ans, obésité et état dépressif chronique depuis une ovariectomie pour kyste ovarien en 1972 ; aggravation des symptômes dépressifs avec la cure. Trouble de l'image du corps et mauvais pronostic.

Mlle S.M., 27 ans, célibataire, une enfant, secrétaire.
 -Obésité, sans retentissement métabolique.
 -Début à l'adolescence (70kg à 17 ans, souvenirs marquants).
 -Aggravation psychogène après ovariectomie en 1972 pour kyste ovarien, et en raison d'une vie maritale intermittente depuis 1976 avec un homme divorcé dont la fille adolescente refuse la présence d'une autre femme.
 -Etat dépressif s'aggravant avec la cure, dans un contexte de troubles émotionnels associés aux amaigrissements antérieurs
 -Trouble de l'image du corps en relation avec un idéal du moi perturbé et instable.
 -Mauvais pronostic.

Poids
Kg

1 m 68

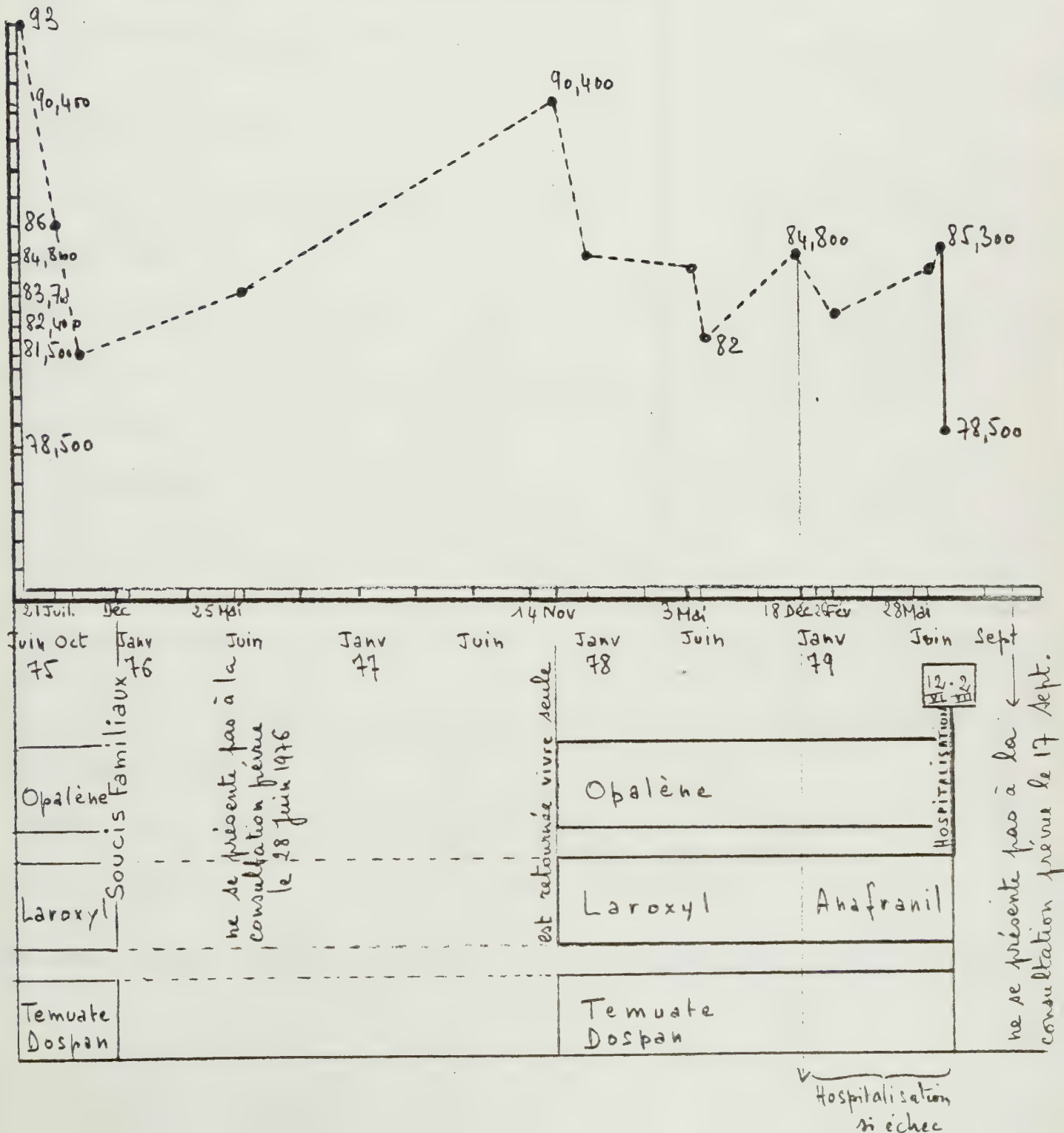


ETUDE LONGITUDINALE DE LA CURE D'AMAIGRISSEMENT SUR CINQ ANS :

- les reprises pondérales ont toutes un déclenchement psychogène (solitude et sentiment d'abandon), qui entraîne, soit un arrêt du traitement, soit une perte d'efficacité du traitement en raison d'accès d'hyperphagie compensatoire.

- Les oscillations de la courbe de poids dues à une instabilité affective et l'existence d'un contexte dépressif latent posent une question : valeur et risque des anorexigènes au long cours dans un tel cas.

- Les difficultés thérapeutiques d'une obésité ayant débuté avant l'âge de 18 ans et l'aggravation de l'état dépressif sous régime et après amaigrissement brutal avec reprise pondérale rapide confirment les constatations des études longitudinales de GLUCKSMAN.





Melle S.M

F.20482

REPONSES

AFFECTIVES A: LA PERTE DU POIDS

HOSPITALISAT. AMBULAT.

TOTAL:

6

Schéma corporel perturbé dans les dessins:

0

anxiété

Non perception du changement corporel induit par l'amaigrissement (dessins 1 et 2, entretiens):

1

symptômes dépressifs

Idéal corporel flou ou irréalisable (dessin 3):

1

préoccupation

% corpulence

Sentiments négatifs à l'égard du corps (verbalisation pendant le dessin, et entretiens):

1

préoccupation

% nourriture

Pressions de l'entourage (passées: souvenirs marquants, ou présentes):

1

Début de l'obésité avant 18 ans:

1

plaintes somatiques

NON

Troubles émotionnels ou névrotiques:

1

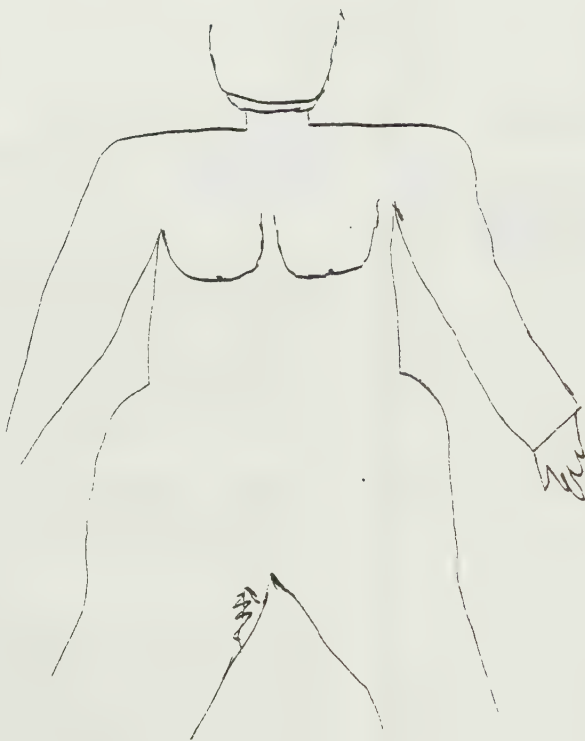
EN FONCTION DE
L'AGE DE DEBUT
DE L'OBESITE ;

17 ANS

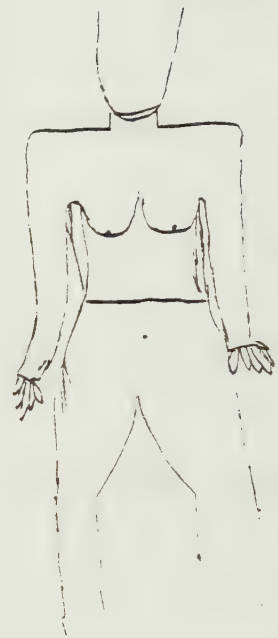
...début de l'obésité avant 18 ans.
...antécédents dépressifs.
...troubles émotionnels associés aux amaigrissements antérieurs.
...entourage défavorable.

130 bis

2. (maximum en 75 93kg



1.



3.



DESSINS DU 22 JUIN 1979

91,950 KG. Perte de 3,750kg.

ETUDE DE L'IMAGE DU CORPS :

EXPRESSION ORALE PENDANT LES DESSINS :

I : Telle que vous vous sentez maintenant :

Elle dessine le cou, puis me demande si elle doit se dessiner nue ou pas.

"Le visage, c'est pas important, ni les cheveux...

Je fais un effort... Je me suis fait trop mince ; je ne me rends pas compte des proportions".

Elle rit en dessinant les hanches.

"Ça ressemble à tout et à rien...

Attendez, je vais faire mon petit 41 ; je ne sais pas bien dans quel sens faire mes pieds ; j'ai fait une jambe plus grosse que l'autre...

Ma poitrine, je la sens, mais je ne sais pas la dessiner.

Je fais un nombril, comme ça je n'aurai pas tout perdu.

Je vais faire de jolis menottes. Attendez voir, c'est la main gauche".

Observation : elle signale être gauchère du pied (par exemple : en gymnastique). Problème de latéralisation visible dans le dessin, et qui peut en partie expliquer les difficultés de l'image du corps.

A propos de l'absence de visage qui retient l'attention, elle dit "le visage ne m'intéresse pas, les gens vous jugent sur le visage ; c'est la beauté de l'âme qui compte, la beauté physique ne compte pas",

II : Telle qu'elle était avant (93 kg en 1975) :

"Là j'y vais carrément. Ça m'est plus facile de faire ce deuxième dessin, je me rends plus compte de comment j'étais auparavant... Là... c'est la réalité. J'étais horrible, surtout des hanches, de la taille et de la poitrine. Je n'avais plus de taille, or j'ai toujours eu la taille fine".

Elle me parle des photos qu'elle a d'elle.

III : Telle qu'elle désire être :

"Je me suis fait des pieds d'ourson...

J'ai fait des hanches un peu marquées, une taille mince, un ventre bien plat. Je voudrais avoir moins de poitrine, car j'en fais un complexe".

Observations : A propos du dessin 2 : disproportion entre ce dessin et le premier, entre le passé et le présent. Irréalisme ou dégoût ? "Je ne m'explique pas pourquoi j'ai grossi après l'ovariectomie".

A propos du dessin 3 : "J'ai envie de faire 70 kg (poids minimum de 62 kg avant l'ovariectomie". Ce dessin est flou : pas de vision nette des objectifs de la cure (mauvais pronostic).

CONCLUSIONS :

Essais d'amaigrissement et rechutes à répétition : l'hyperphagie compensatrice d'un manque affectif et le trouble de l'image du corps sont dans un contexte dépressif chronique). Problème narcissique.

- Elle rechute chaque fois qu'elle se retrouve seule.

Vie affective instable. Vie maritale intermittente avec un homme divorcé qui a une adolescente à charge, laquelle supporte mal la rivalité.

- Elle a une part cachée de sa vie : (cf. sans visage dans le dessin). Se retrouver seule veut dire retourner chez sa mère (qui élève sa petite fille)

- Le trouble de l'image du corps semble dominé :

1° par la crainte du jugement des autres (pas de visage dans les dessins) et de son propre jugement (dégoût vis à vis de son corps passé).

et 2° par un idéal d'elle-même peu assuré, imprécis et instable (dessin : corps en déséquilibre sur des pieds lourdaux).

- Mauvais pronostic du fait du trouble de l'idéal de soi, de l'absence de confiance en elle et dans autrui, de l'impatience (voudrait maigrir par miracle), de la fuite en avant (pour éviter la solitude à tout prix), de l'instabilité de ses efforts en à-coups.

Mauvais pronostic malgré une facilité à perdre très rapidement 10 kg. On peut se demander si ces pertes de poids trop rapides, aggravant l'état de frustration orale, et le déséquilibre de l'image du corps ne causent pas un état dépressif réactionnel et la reprise pondérale.

L'hyperphagie compense un manque affectif :

Dépendance vis à vis de sa mère et instabilité de sa vie hétérosexuelle. Trouble de l'image du corps féminin : blessure narcissique post ovariectomie avec dépression et obésité dans les suites.

Maigrir avec facilité quand elle n'est pas seule et abandonnée.

Le pronostic est péjoratif, ce que laisse suspecter le 3ème dessin qui montre un idéal corporel et un idéal de soi flous, en déséquilibre et faibles, à la différence de l'idéal corporel de l'observation précédente dans un contexte par ailleurs similaire.

B - DEPRESSION REACTIONNELLE A UNE SITUATION DE DIFFICULTES FAMILIALES OU PROFESSIONNELLES SANS ISSUE : DEUX CAS

B . 1 - Mme S. B..., 34 ans, 103 kg pour 1,67 m.

OBSERVATION N° 8

F 26 519

Mme S. B..., 34 ans, obésité majeure, constitutionnelle et familiale, et syndrome dépressif chronique depuis six ans (réactionnel à une situation conjugale conflictuelle).

Image du corps conservée, pronostic immédiat très favorable, mais réservé à long terme si la situation conflictuelle persiste.

Mme S.B., 34 ans, mariée pour la 2^{de} fois, [conjoint de 25 ans]
 Enfants, rédactrice dans les assurances.

- Obésité sévère, sans retentissement métabolique.
- Début dans l'enfance, dans un contexte familial d'obésité.
- Aggravation psychogène depuis 5 ans [remariage].

-Antécédents dépressifs majeurs, avec tentative de suicide en 1977, dans un contexte de spasmophilie, de syndrome prémenstruel apparu après IVG et ligature des trompes en 79.

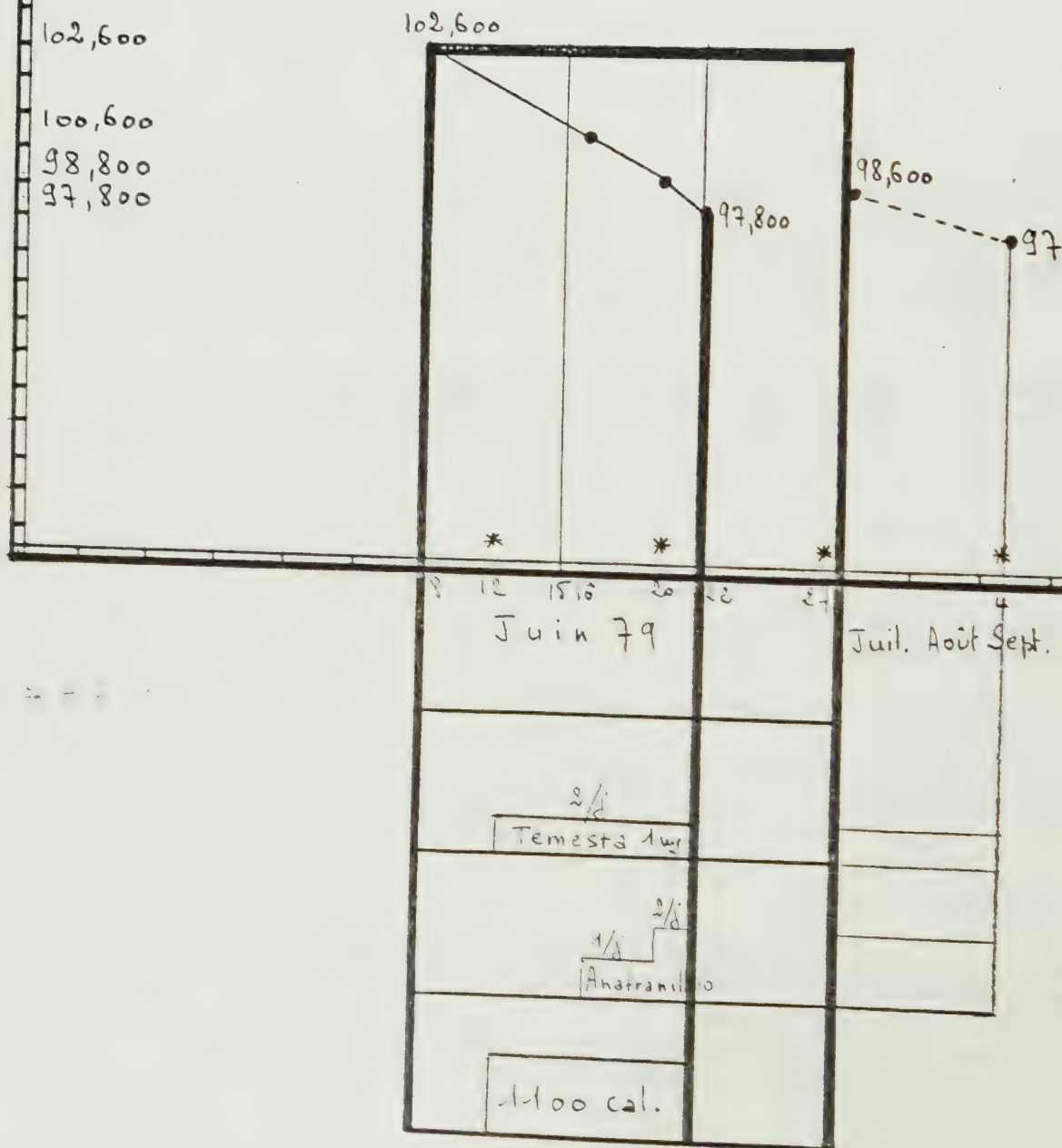
-Entourage défavorable [tensions conjugales et opposition de sa fille aînée adolescente].

-Adaptation suffisante de l'image du corps et amélioration du syndrome dépressif pendant la cure d'amaigrissement.

-Pronostic incertain en raison du conflit conjugal grave.

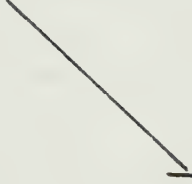
Poids
kg

1w 67



Mme S.B.

F.26519

REPOSES AFFECTIVES A: LA PERTE DU POIDS	TOTAL: 3	
	HOSPITALISAT. AMBULAT.	Schéma corporel perturbé dans les dessins: 0
anxiété		Non perception du changement corporel induit par l'amai-grissement (dessins 1 et 2, entretiens): 0
symptômes dépressifs		Idéal corporel flou ou irréalisable (dessin 3): 1
préoccupation % corpulence		Sentiments négatifs à l'égard du corps (verbalisation pendant le dessin, et entretiens): 0
préoccupation % nourriture		Pressions de l'en-tourage (passées: souvenirs marquants, ou présentes): 0
plaintes somatiques	NON	Début de l'obésité avant 18 ans: 1
		Troubles émotion-nels ou névrotiques: 1
EN FONCTION DE L'AGE DE DÉBUT DE L'OBESITE ; dans l'enfance.	...obésité sévère ...début de l'obésité avant 10 ans ...antécédents dépressifs ...entourage défavorable	

135 bis
2.

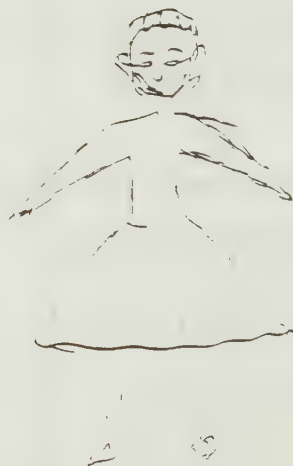


1.



DESSIN DU 20 JUIN 1979.
96,800kg. perte de 3kg500.

3.



EXPRESSION VERBALE PENDANT LE DESSIN :

I : Telle que vous vous sentez actuellement :

"Le ventre, pour moi c'est le repère. Quand j'allais acheter des vêtements, il fallait toujours une taille au dessus à cause du ventre. Je n'ai pas de taille encore, mais je vois ma cicatrice (pelvienne), et je sens mon estomac.

J'ai des jambes plus fines, mais j'ai les cuisses encore grosses.

J'ai de petits pied, du 41 !

Mes bras sont gros encore.

J'ai moins de boutons sur le visage".

II : Telle que vous étiez au maximum du poids :

"J'avais les jambes et les pieds gonflés.

J'avais un gros ventre qui cachait la cicatrice.

J'avais des boutons sur le visage (acné rosacée)

J'avais de gros bras"

Elle s'aperçoit qu'elle n'a pas fait la poitrine, dit qu'elle est grosse, ne veut pas la dessiner.

III : Telle que vous avez envie d'être :

"Comme j'étais avant à 68 kg, avec une taille et en robe".

En dessinant, parle en nommant ce qu'elle dessine : "mon cou, mes jambes fines, mes petits pieds du 41, mes oreilles" avec affection et humour.

Elle n'attache pas d'importance aux cheveux.

Elle rature le visage qu'elle veut plus mince ainsi que les épaules et les bras.

"Il ne faut pas montrer ces dessins à mes enfants, ma fille dessinerait mieux. Je voudrais pouvoir rester hospitalisée plus longtemps. Je me trouve bien ici. Je n'ai pas envie de partir. Mon mari en est jaloux. Je voudrais ne ressortir qu'avec 30 kg de moins, et pouvoir aller à la piscine avec mes enfants. Je ne suis pas encore prête à me mettre en maillot de bain".

N.B.- le texte inséré en début de 1ère partie de la thèse est de cette patiente.

CONCLUSIONS

1. Obésité constitutionnelle aggravée secondairement par un état dépressif.

2. Dépression réactionnelle à un entourage défavorable.

Devant une situation familiale d'impasse (conflits conjugaux dont la fille de son second conjoint est l'enjeu), l'hospitalisation pour cure d'amaigrissement lui permet-elle de fuir la réalité ? ou de faire le point sur les raisons de sa dépression et de son obésité ?

3. Durant l'hospitalisation, l'évolution est favorable :

- amélioration de l'état dépressif
- absence de réactions affectives malencontreuses vis à vis de la cure
- adaptation suffisante de l'image du corps au changement corporel en cours, humour dans le dessin,
- bon contact en entretien qui permet de débiter une thérapie de soutien,
- perte de poids de 4,800 kg en 14 jours.

Mais le pronostic est incertain à long terme :

- l'idéal corporel de soi est une image d'adolescente,
- contradiction entre la réalité de sa vie (une mère obèse, pilier qui soutient son mari (25 ans), ses enfants, ses amis) et ses désirs (indépendance et liberté de jeune fille).

L'obésité semble très liée à cette image de soi et de son corps contradictoire. (mère surchargée et dépendante ; adolescente sans contrainte surtout sans obligations sexuelle et conjugale). Cette contradiction est révélée par le troisième dessin, mais n'a pas été discutée en entretien, ce qui aurait pu améliorer le pronostic.

B . 2 - Mme S. S..., 40 ans, 83 kg pour 1,61 m.

OBSERVATION N° 9

F 26 407

Mme S. S..., 40 ans, obésité constitutionnelle et familiale, et syndrome dépressif, dans un contexte névrotique hystérique. Trouble majeur de l'image du corps.

Mauvais pronostic.

Mme S.S., 40 ans, mariée, 3 enfants, origine grecque, vendeuse retoucheuse en haute couture.

-Obésité et hyperaldostérionisme secondaire iatrogène, altération de l'H.G.P. d'origine mixte

-Début d'une obésité discrète dans l'enfance, contexte familial.

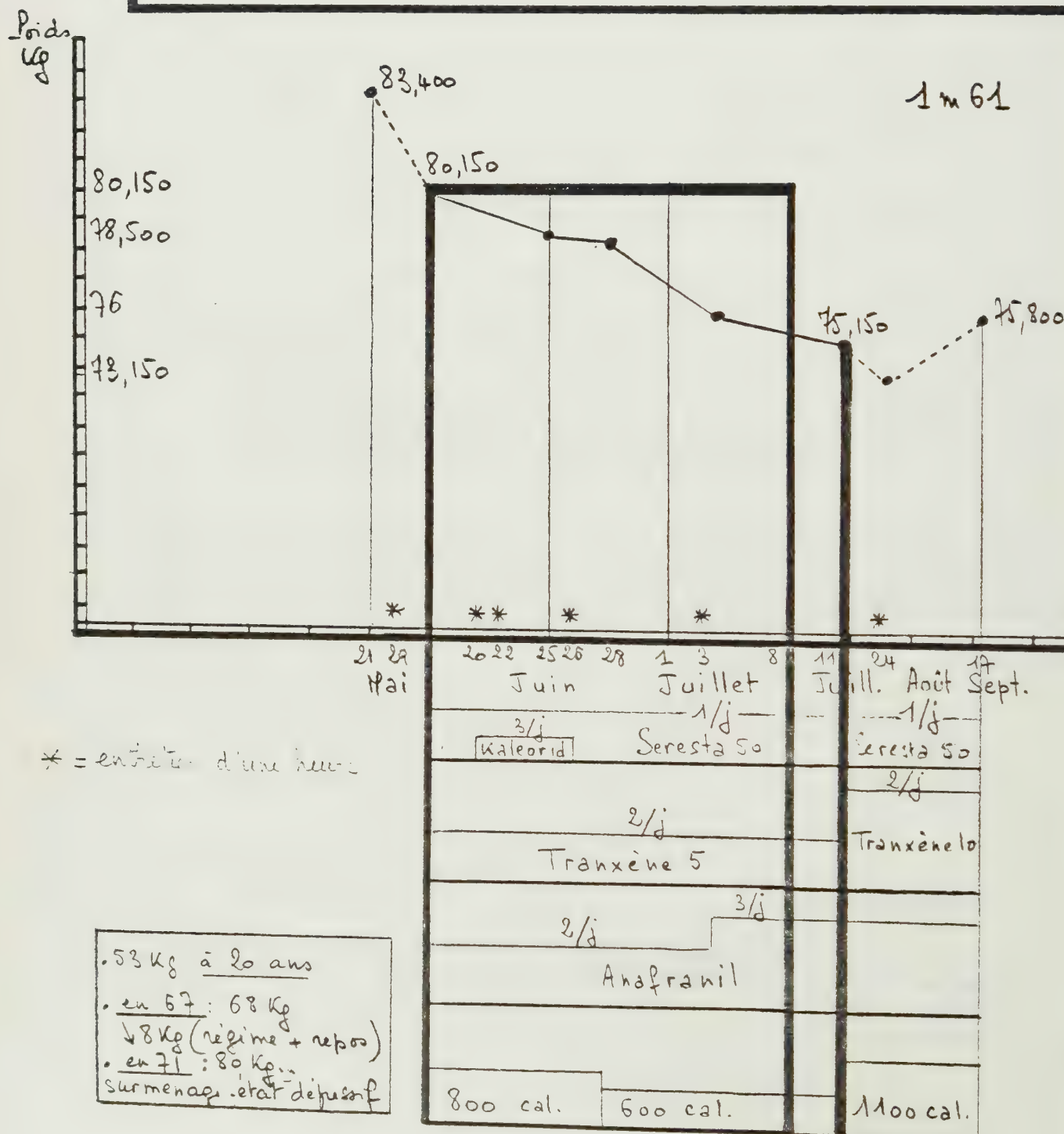
-Aggravation d'origine gravidique, puis psychogène [surmenage et soucis familiaux, en 1971 et en 1973].

-Entourage professionnel et familial défavorable.

-Etat dépressif dans un contexte névrotique hystérique, s'aggravant avec la cure.

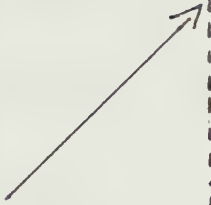
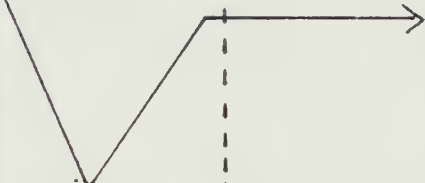
-Trouble de l'image du corps en relation avec la dépression et l'obésité

-Mauvais pronostic.



Mme S.S.

F.26407

REPOSES AFFECTIVES A: LA PERTE DU POIDS	HOSPITALISAT. AMBULAT.		TOTAL: 5	
			Schéma corporel perturbé dans les dessins:	1
anxiété			Non perception du changement corporel induit par l'amai-grissement (dessins 1 et 2, entretiens):	0
symptômes dépressifs			Idéal corporel flou ou irréalisable (dessin 3):	1
			Sentiments négatifs à l'égard du corps (verbalisation pendant le dessin, et entretiens):	1
préoccupation % corpulence			Pressions de l'en-tourage (passées: souvenirs marquants, ou présentes):	0
préoccupation % nourriture	NON NON		Début de l'obésité avant 18 ans:	1
plaintes somatiques			Troubles émotion-nels ou névrotiques:	1
EN FONCTION DE L'AGE DE DÉBUT DE L'OBESITE ; dans l'enfance.		...début de l'obésité avant 18 ans. ...antécédents dépressifs. ...entourage défavorable.		



DESSINS DU 20 JUIN 1979.
79KG, perte de 4kg en 1 mois.
Etat dépressif majeur.

1.

141

Dessin 1. "On dirait un éléphant, tellement j'ai de grosses fesses, ou bien un ours sur des clous, tellement j'ai de grosses cuisses perchées sur de petites jambes. Mon visage et mon cou n'ont pas changé, ça va."

Observation: elle ridiculise et détruit ce qui en elle n'est pas déformé par l'obésité [jambes, pieds]. Quand je lui fais remarquer qu'elle a une belle jupe [jupe de haute couture], elle me répond "elle est vieille, je l'ai mise parce que je n'ai rien d'autre."

Cours: déséquilibre? violence? On note l'absence de bras et de cheveux.



Dessin 3: Telle qu'elle désire être:
"j'aimerais avoir une taille, et pouvoir porter de jolies robes".
Quand je lui demande s'il manque quelque chose, elle répond: "le bras, je ne les ai pas faits parce que ça n'a pas d'importance, ils maigriront avec le reste".

Observation:

Absence de bras, de cheveux, et de pieds dans un contexte dépressif.
Hypothèse: absence d'ouverture au monde [bras], d'assise, de réalisme [n'a pas les pieds sur terre], se laisse aller.

Ratures

Il semble que l'idéal du Moi et de l'image du corps soient atteints par la dépression.

3.



141 bis

2.



1.



DESSINS DU 2 JUILLET 1979: 76kg

Très légère amélioration de l'état dépressif. 3ème semaine d'hospitalisation. Perte de 7kg350 en 12 jours.

3.



EXPRESSION VERBALE PENDANT LE DESSIN :

Dessins du 2 juillet :

1 : Telle qu'elle se perçoit maintenant :

"Je fais des fronces à la taille".

2 : Telle qu'elle était avant :

"J'avais un double menton.

Ça me fait penser à Liz Taylor, la pauvre.

Est-ce que les cachets pour les nerfs font grossir ?

- Mes hanches, je les cachais toujours par un gilet.

- Je voyais mes jambes très fines comme celles d'un paon.

En Grèce, on dit que le paon pleure quand il regarde ses jambes.

Mes jambes sont trop différentes du reste. Mon frère disait : tu es comme le paon : par rapport à ton corps, les jambes devraient être plus grosses.

- Maintenant, je ne pense plus comme avant que je suis trop grosse.

Je pensais que l'allais perdre mon travail.

Actuellement j'ai des idées noires parce que j'ai 40 ans. Avant, il fallait que je sois un homme capable de vivre, très énergique".

3 : Telle qu'elle désire être :

"J'aime bien être avec vous, mais les dessins alors...

Quand je vois mes filles qui font des portraits...

- J'aimerais être de la taille 42, être normale, pouvoir m'habiller, être une femme, pas une gamine.

Quand il venait quelqu'un de fort au magasin, moi je ne la décourageais pas en lui disant : "ah non, il n'y a pas votre taille". Quand venait le représentant de Lanvin, je n'avais pas de complexe pour lui demander des grandes tailles.

Moi, j'étais homme et femme".

Dessins du 24 juillet :

1 : Telle qu'elle se perçoit maintenant :

"Je crois que j'ai moins de fesse. Vous allez rire. Vous avez une drôle de patience. J'avais beaucoup de patience pour aider les autres. (Je lui réponds : on doit commencer par s'aider soi-même).

"Je crois que j'ai moins de fesse . Je fais même les jambes...

Les gens quand ils sont déprimés aiment la solitude, moi non...

Je me sens mieux corporellement".

2 142 bis



1.



DESSINS DU 24 JUILLET 1979
73kg900, Im6I.

-Etat dépressif majeur avec
masochisme important.

Eyesthésies brachiales (hypokalie-
mie?) et crises hystériques où elle
se tape (bleus).

-Perte de poids de 9kg500 en 2mois.

3.



2 : Telle qu'elle était avant :

"Je me sens dégonflée, pourtant il n'y a pas beaucoup de différence. Je fais de grosses joues. C'était encore plus gros là, au niveau de la jupe. Pourtant, il n'y a pas beaucoup de différence ".

3 : Telle qu'elle désire être :

"J'aimerais faire 65 kg, là je suis bien, la ligne est régulière".

Observation - Absence de bras ; elle les fait à ma demande.

CONCLUSIONS :

La cure alibi ?

- 1° Obésité constitutionnelle aggravée secondairement par un état dépressif, dans un contexte névrotique hystérique.
- 2° Dépression réactionnelle à un entourage défavorable. Devant une situation professionnelle d'impasse (conflits avec son patron qui voulait qu'elle prenne la gérance du magasin de couture, et qui, devant son refus, lui rend la vie impossible pour hâter son départ), et devant une situation familiale difficile (deux filles adolescentes en conflit ouvert avec un père autoritaire et traditionaliste), l'hospitalisation pour cure d'amaigrissement semble être un moyen d'éviter la réalité. La dépression semble avoir la même fonction économique.
- 3° Obésité et difficultés professionnelles ont provoqué une blessure narcissique profonde chez une femme très active, habituée à tenir les situations à bout de bras.
- 4° La tendance névrotique hystérique est réactivée par la situation d'échec professionnel face à son mari autoritaire, d'image corporelle altérée par l'obésité (souffrance esthétique à retentissement professionnel, souffrance d'une femme de 40 ans face aux adolescentes qu'elle côtoie : ses filles, la fille de son patron). L'ensemble de ces difficultés déséquilibre l'image idéale qu'elle a d'elle-même liée à son père (femme active depuis l'enfance qui à 10 ans, travaillait toute la nuit sur sa machine à coudre pour gagner l'argent nécessaire à la réparation des chaussures de son père : ce souvenir revient en leit motiv, associé à la crainte de voir mourir son père).
- 5° Le pronostic de la cure et de la dépression est très péjoratif :
 - . réactions affectives malencontreuses vis à vis de la cure,
 - . absence de perception du changement corporel en cours,
 - . idéal corporel et idéal de soi altérés,
 - . entretiens investis de façon ambivalente (plaintes somatiques, masochisme, désir d'être portée comme "une gamine", comportement hystérique)
 - . perte de poids faible de 6,5 kg en 2 mois.

Fin juillet, l'état dépressif est latent. Elle ne revient pas en consultation après septembre.

CONCLUSION :

Rôle économique de la dépression, de l'obésité et de la demande de cure (refuge ou prétexte). Mais maigrir risquerait de la confronter aux réalités qu'elle cherche à éviter.

CHAPITRE III

LA POURSUITE DE LA CURE D'AMAIGRISSEMENT

REACTIONS AFFECTIVES TARDIVES ET IMAGE DU CORPS

A - DEUX CAS DE TRAITEMENT PSYCHOTHERAPEUTIQUE EN AMBULATOIRE

A . 1 - BOUFFEES D'ANGOISSE ET MANIFESTATIONS PSYCHOSOMATIQUES D'ASTHENIE

- o Observation n° 10 : Mme J. M..., 30 ans, 3ème mois de cure, perte de poids de 8 kg, 3ème mois de grossesse (73 kg pour 1,62 m).

OBSERVATION N° 10

F 20 482

Mme J. M..., 30 ans, obésité constitutionnelle et familiale et état dépressif réactionnel à un décollement placentaire traumatique à terme. Hospitalisation de 15 jours puis poursuite du traitement psychothérapeutique et de la cure d'amaigrissement en ambulatoire pendant les six premiers mois de la seconde grossesse.
Bon pronostic.

Mme J.M., 20 ans, mariée, secrétaire.

-Obésité, sans retentissement métabolique.

-Début dans l'enfance, obésité constitutionnelle et familiale.

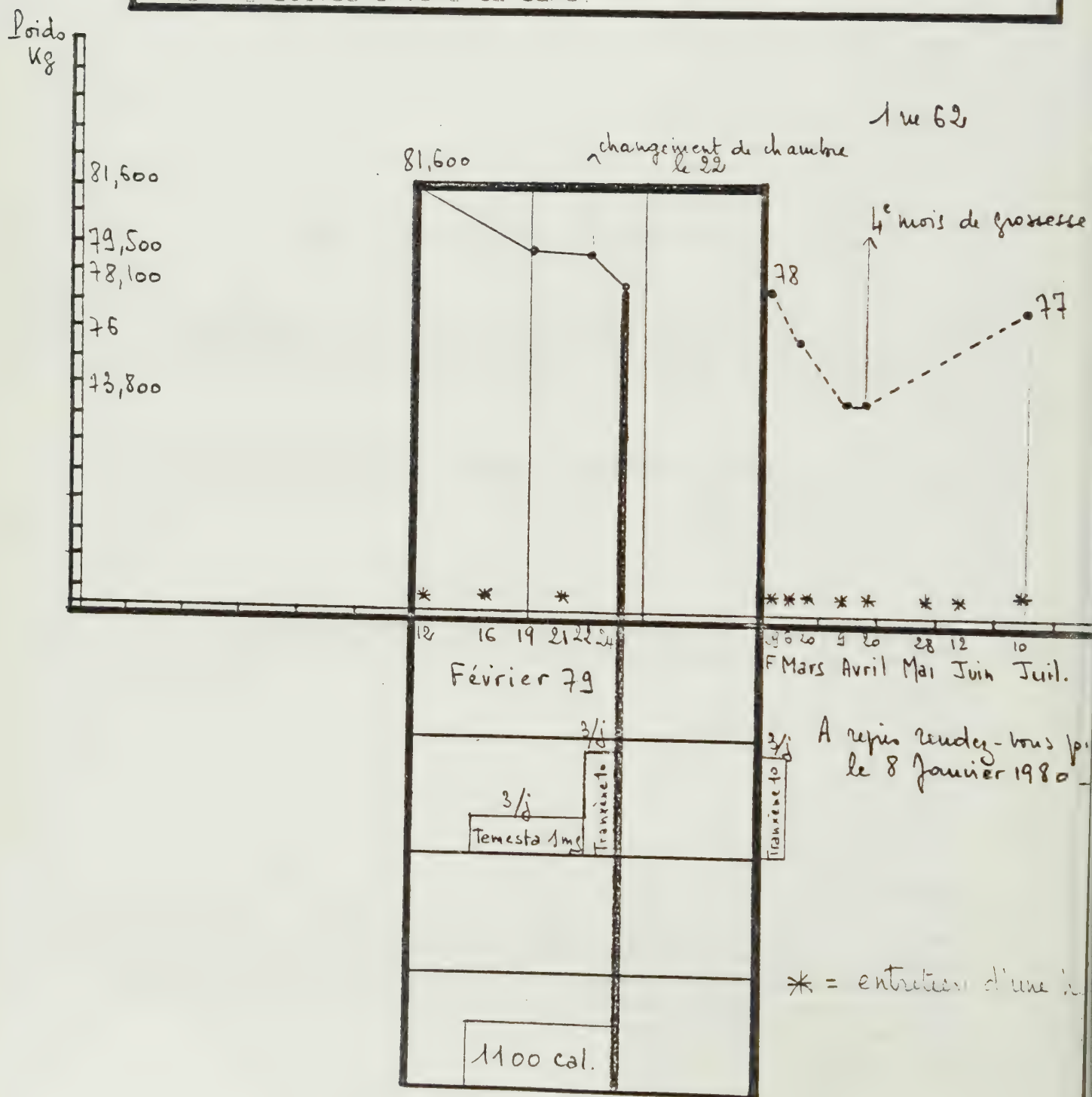
-Aggravation après décollement placentaire traumatique à terme en mars 1977.

-Etat dépressif réactionnel à la perte de cet enfant, suivie un mois plus tard d'une dépression grave de son frère jumeau.

-L'hospitalisation coïncide avec le début de la 2^{de} grossesse.

-Amélioration de l'état dépressif pendant l'hospitalisation. Poursuite de la cure en ambulatoire (3^{es} mois de grossesse).

-Bonne évolution grâce à une psychothérapie qui permet de métaboliser les affects culpabilisant du décollement placentaire après une chute, et de résorber les réactions affectives négatives envers la cure.



Mme J.M.

F 20482

REPONSES

AFFECTIVES A: LA PERTE DU POIDS

HOSPITALISAT. AMBULAT.

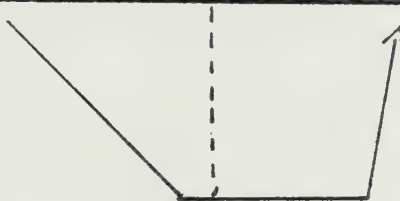
TOTAL:

4

Schéma corporel perturbé dans les dessins:

0

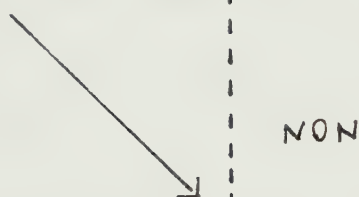
anxiété



Non perception du changement corporel induit par l'amalgamisme (dessins 1 et 2, entretiens):

0

symptômes dépressifs

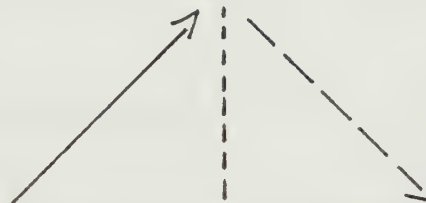


Idéal corporel flou ou irréalisable (dessin 3):

0

préoccupation

% corpulence



Sentiments négatifs à l'égard du corps (verbalisation pendant le dessin, et entretiens):

1

préoccupation

% nourriture



Pressions de l'entourage (passées: souvenirs marquants, ou présentes):

1

Début de l'obésité avant 18 ans:

1

plaintes somatiques

NON

NON

Troubles émotionnels ou névrotiques:

1

EN FONCTION DE
L'AGE DE DÉBUT
DE L'OBESITE ;
dès l'enfance.

...début de l'obésité avant 18 ans.

...antécédents dépressifs.

CESSIN DU 3 MARS 1979.

77,300kg. Perte de 4kg en
3 semaines. 5ème entretien.

1.



Pour Mme J.M., l'excès pondéral est localisé au tronc. Elle se sent des bras et des jambes minces. Elle a une taille peu marquée. Elle a surtout "une grosse poitrine; c'est ce que je vis le plus mal, et ce que j'accepte le moins en moi".

"J'ai un visage allongé. Quand je perds du poids, j'ai l'impression que mon visage est plus allongé."

"C'est tout à fait moi, dit-elle en regardant le dessin terminé"

Observation: Nous constatons l'enfoncement du cou dans les épaules et la grandeur du visage par rapport à la taille du tronc. En séance de relaxation, il apparaît une zone de crispation intense au niveau des trapèzes.

La position de son corps et son regard nous donnent une impression simultanée de crainte et de persévérance.

2.



DESSINS DU 24 AVRIL 1979
74,800kg. Perte de 7kg en 2 mois.
8ème entretien. 3ème mois de
grossesse.

-Réapparition d'envies boulimiques
et de bouffées d'angoisse. On met
à nouveau en évidence qu'elle a
envie qu'on s'occupe d'elle. Le
besoin de tendresse est caché sous
l'impression de fatigue: la fatigue
comme appel.

-La tête reprend une dimension
normale dans les dessins 1. et 3
où elle est habillée et coiffée
avec soin.

-Le dessin 2 est très comparable
au dessin de la 1ère série, sauf
pour la taille.

Bras et jambes sont écartés:
appel? dépression? ou difficulté à
maintenir son équilibre?

1.

148



3.



EVOLUTION AU COURS DES SEANCES PSYCHOTHERAPEUTIQUES :

1° Les entretiens psychothérapeutiques ont permis d'aborder deux problèmes :

1. L'origine de la dépression de 1978 : (6ème entretien)

Il semble que la dépression soit due au sentiment de culpabilité éprouvé après la perte du premier enfant :

- . le décollement placentaire était consécutif à une chute.
- . sur le coup, elle n'a rien ressenti à la mort de l'enfant ; elle avait même l'impression de l'avoir bien acceptée.
- . après coup, elle s'est senti culpabilisée de n'avoir pas regretté cet enfant. C'est après qu'ont commencé les angoisses, angoisses qui se sont intensifiées quand elle a su qu'elle était à nouveau enceinte.

Derrière le sentiment de ne pas accepter cette perte injuste, se dissimulait le fait de n'avoir pas accepté son absence de tristesse lors de l'accouchement.

La possibilité d'avoir pu exprimer cette absence de tristesse et de deuil au moment de la naissance, en thérapie, lui donnera dans les quinze jours suivants une impression de paix intérieure et de force.

2. La signification affective des impressions d'asthénie intense qu'elle a pu éprouver périodiquement pendant la cure :

Elle se permettait de manger plus pour reprendre des forces quand elle éprouvait cette impression de fatigue, mais ensuite elle se sentait culpabilisée d'avoir mangé, et pour se punir mangeait encore plus, comme pour se venger sur la nourriture de ses auto-accusations de mollesse, de manque de personnalité.

Il semble en fait, qu'elle recherchait dans la nourriture une force et une consolation, proche de celle qu'elle aurait aimé recevoir de son mari en échange de l'expression "tu sais, je me sens très fatiguée aujourd'hui".

En somme, les entretiens ont permis de révéler l'association affective faite entre fatigue, faim et douceur.

2° Les dessins ont permis d'aborder le problème de la timidité et de l'agressivité.

Elle a l'impression d'avoir été élevée dans un cocon, surprotégée et surnourrie et elle reproche à son éducation de ne pas l'avoir préparée à affronter la vie. Jamais une dispute, jamais un cri dans sa famille, mais une tendresse et une abondance de nourriture.

Durant la thérapie, elle a tenté d'affronter les situations professionnelles de demande de changement de poste et de salaire sans recourir à l'aide d'autrui ; elle a tenté de renoncer au prétexte de la fatigue pour éviter les situations difficiles ; le premier pas fut de téléphoner

pour prévenir qu'elle ne souhaitait pas de visites durant l'hospitalisation autres que celles de son époux. Dans son milieu professionnel, elle se vivait comme "la bonne poire". On peut remarquer que le dessin d'elle-même est petit, comme perdu dans la feuille, et qu'elle a le cou enfoncé dans les épaules comme pour se protéger.

CONCLUSION :

Grâce à une thérapie de soutien au long cours :

- évolution favorable d'une situation délicate (angoisse devant la deuxième grossesse, peur de la mort du second enfant, dialogue difficile avec son époux désespéré devant son état de détresse).
- évolution favorable de la cure d'amaigrissement malgré l'existence de réactions fâcheuses (anxiété, angoisse, irritabilité, fatigue, préoccupations alimentaires).

L'analyse longitudinale de ce cas semble montrer l'intérêt d'un soutien psychologique durant la cure d'amaigrissement en cas d'obésité de mauvais pronostic (obésité ancienne et antécédents dépressifs).

A . 2 - IRRITABILITE, AGRESSIVITE MAJEURE ET BOUFFEES D'ANGOISSE

o Observation n° 11 : Mme F. G..., 33 ans, 57 kg pour 1,61 m.

OBSERVATION N° 11

Consultante

Mme F. G..., 33 ans, petit excès pondéral et diabète chimique dans un contexte familial de diabète. Irritabilité et agressivité intense dues au régime. Disparition des symptômes d'intolérance au régime après traitement psychothérapeutique.

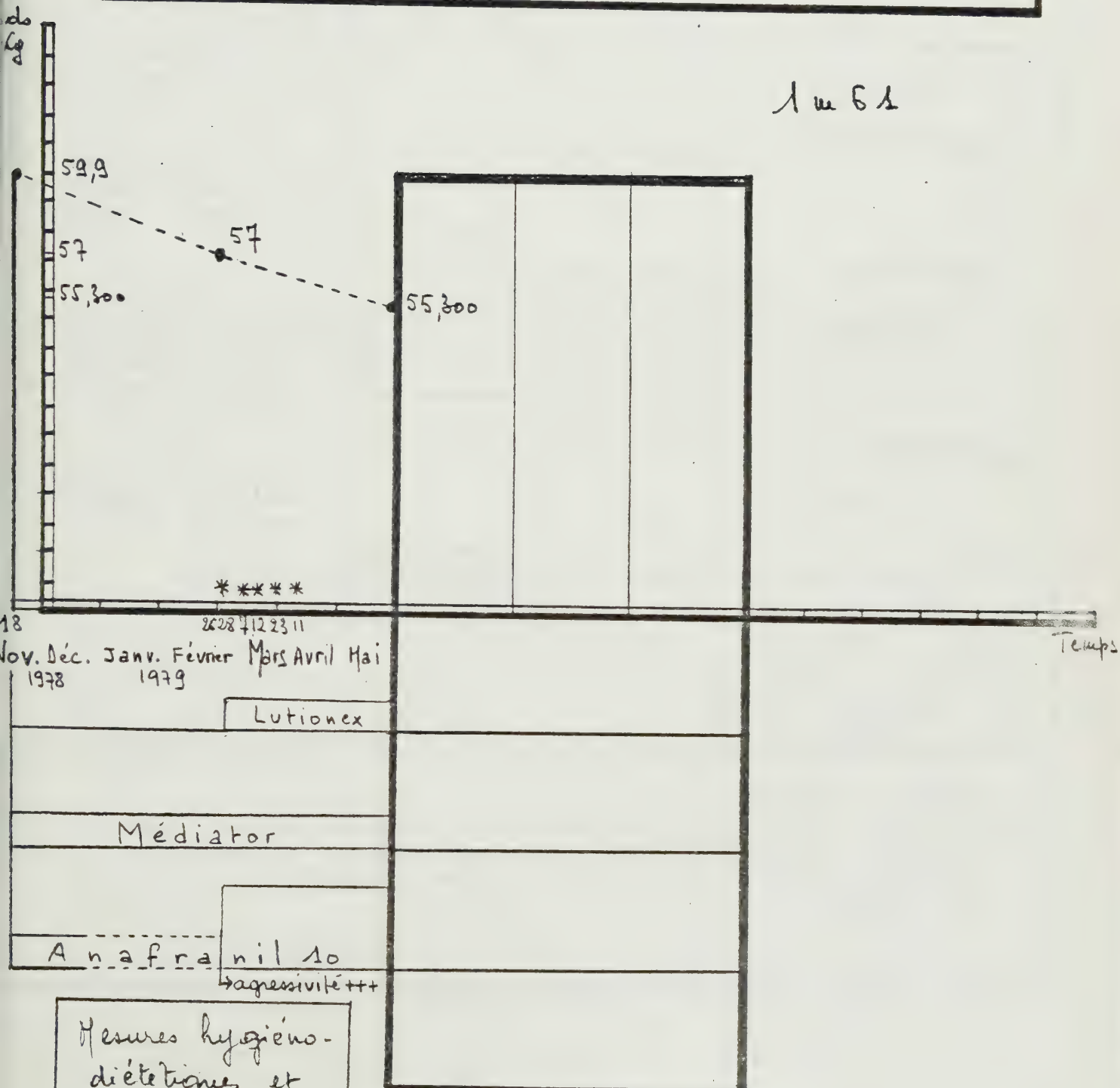
Mme F.G., 33 ans, 2ème mariage, deux enfants [qui sont à la charge de son premier conjoint], secrétaire.

-Excès pondéral et diabète chimique [diabète dans la famille]
-Début pubertaire, oscillations du poids depuis (55kg à 15ans)

-Antécédents dépressifs sévères: trois ans **après** son mariage, tentative de suicide au Mandrax; état dépressif en 1973 après ligature des trompes.

-Développement d'une agressivité majeure, catastrophique pour l'entourage familial et professionnel, durant la cure d'amaigrissement. Evolution favorable sous Anafranil et grâce à cinq entretiens psychothérapeutiques.

-Bon pronostic.

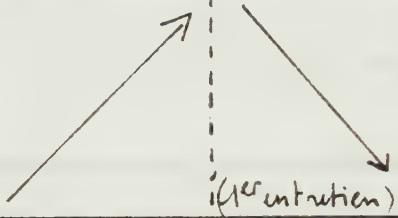
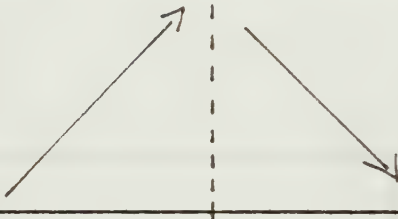
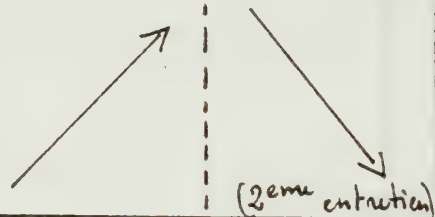
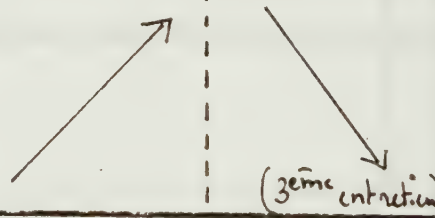


* = entretien d'entretien

Mme F.G.

Consultante

INDICES DE PERTURBATION
DE L'IMAGE DU CORPS:

REPOSES AFFECTIVES A: LA PERTE DU POIDS	PSYCHO - THERAPIE	TOTAL: 6
	← AMBULAT. →	Schéma corporel perturbé . rigidité inhibition corporelle. absence de rythme.
anxiété		Non perception du changement corporel induit par l'amai-grissement
symptômes dépressifs		Idéal corporel flou ou irréalisable
préoccupation % corpulence		Sentiments négatifs à l'égard du corps
préoccupation % nourriture		Pressions de l'en-tourage (passées: souvenirs marquants, ou présentes):
plaintes somatiques (sensation de froid)		Début de l'obésité avant 18 ans:
EN FONCTION DE L'AGE DE DEBUT DE L'OBESITE ; 12 ANS	...début de l'obésité avant 18 ans. ...antécédents dépressifs.	

EVOLUTION AU COURS DES SEANCES PSYCHOTHERAPEUTIQUES

Lors du premier entretien :

Mme F. G... présente un syndrome émotionnel réactionnel à la cure d'amaigrissement. Elle crie son désarroi à travers un comportement agressif intense dirigé contre les personnes de son entourage familial et professionnel.

"J'ai l'impression de faire mon propre malheur, et de détruire l'image positive de moi-même".

Elle n'a pas accepté le changement de poids et craint que le problème de poids ne réapparaisse. Elle vit l'amaigrissement comme quelque chose de précaire. Elle dit anxieusement "il faut que je m'accroche", et elle rapproche aux êtres qui l'entourent leur méchanceté à son égard.

"Cette semaine, j'ai tout fait pour détruire notre couple, et quand j'ai proposé à mon mari de divorcer, et que mon mari a accepté, je me suis rendu compte que j'y tenais. Je me sens angoissée. J'ai l'impression que tout vient de moi".

Elle parle sans respirer, la bouche crispée, le regard vif, voilé par moment. Elle semble très impatiente, en état de détresse.

Lors du deuxième entretien :

Elle aborde les problèmes de nourriture. Tout ce qui tourne autour de la nourriture (repas, cuisine, achats) lui déplaît. Elle veut tout faire vite, elle vit mal le plaisir que les autres peuvent prendre en mangeant, surtout quand ils traînent à table et se mettent à discuter. Elle vit les repas du soir en famille comme un calvaire, et souvent un conflit éclate avec son beau-fils ou avec son époux.

Nous restons sur cette interrogation : les repas sont-ils pénibles parce que c'est un moment lié à la nourriture ou parce que c'est un moment lié à l'affectif ?

Lors du troisième entretien :

Les bouffées d'angoisse persistent encore. Elle désire parler de la sensation de froid qu'elle éprouve le soir quand elle est angoissée.

"Je suis mal à l'aise, même si je rajoute plusieurs pulls, je vais jusqu'à "trembler de froid". Elle en a parlé à son médecin qui lui a assuré qu'il n'y avait pas de problème organique sous-jacent.

Quand elle a froid, c'est vers 18 heures que cela commence, "à l'heure entre chien et loup" dit-elle. Elle a l'impression que quelque chose fuit.

Après notre remarque "il se peut que cela soit rattaché à des souvenirs ou que cela symbolise quelque chose pour vous", elle se met à réfléchir et parle d'une série de souvenirs de son enfance, son adolescence et son premier mariage jusqu'à remonter à sa tentative de suicide au Mandrax :

- Quand elle était petite fille : c'était l'heure où elle était insupportable, elle s'accrochait à ses parents, à sa soeur aînée, et éner-
vait tout le monde jusqu'à ce qu'on l'envoie au lit sans manger.

- Sa mère lui a raconté que bébé, à cette heure, elle pleurait. On envoyait sa soeur la bercer, ce qui déplaisait à sa soeur parce que ça l'éloignait des autres.

- Pendant son premier mariage : huit jours après son mariage, elle se retrouvait seule le soir. Elle ne savait jamais où était son mari ni quand il rentrerait. D'abord elle l'attendait, puis éteignait la cuisinière, enlevait le couvert, se couchait et tentait de dormir, mais elle était inquiète. Il rentrait à 2 heures du matin. Puis elle a pensé qu'un bébé arrangerait les choses.

- Quand elle était adolescente, jamais elle et sa soeur ne prenaient les repas du soir avec leurs parents. On les faisait manger seules ou avec la bonne. Il y a eu une succession de jeunes filles à la maison, toutes gentilles, mais qui ne remplaçaient pas les parents. Puis sa soeur s'est mariée, et elle a mangé seule le soir. Pour elle, ce moment évoque la solitude.

Elle parle ensuite du moment où elles allaient se coucher. Jamais on ne venait les embrasser. Elle l'aurait souhaité. Le matin au réveil, elle ne supportait pas qu'on vienne l'embrasser parce que c'était un baiser de convention. Elle se préparait toute seule et partait.

- Avec son mari, le soir au lit elle a froid. Parfois elle se pelotonne, se serre contre lui, cherche sa chaleur. Parfois elle se rétracte et refuse. C'est un moment où elle aimerait être entourée, au chaud, et avoir du monde autour d'elle. Quand elle rentre le soir, elle craint la solitude et se défend en se plongeant dans les activités ménagères, elle range.

Ensuite, elle parle de la passion que ses parents ont pour leur profession et de sa propre valorisation actuelle par le travail. C'est en travaillant qu'elle est sortie de sa dépression après sa tentative de suicide.

CONCLUSIONS :

Le prolongement de la cure d'amaigrissement et la crainte de la rechute chez une personne qui présente un excès pondéral à début pubertaire oscillant et nécessitant une préoccupation et un régime permanent, ont entraîné des réactions affectives malencontreuses d'irritabilité, d'angoisse et d'agressivité intense. L'agressivité avait un retentissement professionnel et familial catastrophique, d'autant plus qu'un caractère très projectif l'amenait à accuser ses proches de méchanceté.

L'évolution a pu être favorable après cinq entretiens psychothérapeutiques dont le plus déterminant a été le troisième : la levée de l'angoisse a permis la disparition progressive de l'agressivité, et l'amélioration des relations conjugales et professionnelles.

L'angoisse a été levée par le dénouement d'un faisceau de souvenirs enfouis, associés à la sensation de froid qu'elle éprouvait le soir après 18 heures, et jusqu'au moment de l'endormissement, malgré pulls et attentions de son mari.

Ces souvenirs sont liés à la signification des repas et du coucher (sentiment d'être abandonnée par ses parents, puis par son premier mari) dans son enfance, son adolescence et son premier mariage, jusqu'à sa tentative de suicide.

L'amaigrissement a réactivé ce vécu : elle réagit avec agressivité et dégoût pendant le repas, elle ressent froid et angoisse et difficulté sexuelle au moment du coucher. L'agressivité provoque à nouveau un début d'abandon (son mari accepterait de divorcer, au bureau ses supérieurs évitent de l'aborder), ce qui explique l'angoisse vive et la détresse qu'elle ressent lors du premier entretien.

Après les cinq séances psychothérapeutiques, elle a pu poursuivre la cure d'amaigrissement, et la perte de poids s'est poursuivie.

B - LE PROBLEME DE L'ADAPTATION AU CHANGEMENT DANS UN CAS D'AMAI-
GRISSEMENT DE 40 KG EN 22 SEMAINES : LA PERIODE DE MAINTIEN DU
POIDS, PERIODE DE FRAGILITE PSYCHOLOGIQUE

- o Observation n° 12 : Mme N. C..., 32 ans, poids actuel 70 kg pour 1,72 m.
poids maximum : 126 kg en 1977.

OBSERVATION N° 12

F 21 243

Mme N. C..., 32 ans, obésité sévère constitutionnelle et familiale (126 kg pour 1,72 en 1977) et amaigrissement majeur de 40 kg en 66 semaines. En période de maintien de poids depuis 6 mois. Meilleur équilibre psychologique, malgré une hypersensibilité actuelle.

Mme N.C., 32 ans, mariée, 3 enfants, sans profession.

-Obésité sévère constitutionnelle dans un contexte familial d'obésité (frère, père, soeur), de diabète (frère) et d'anorexie mentale (soeur).

-Début dès la petite enfance dans une famille ayant souffert de la faim (déportation)

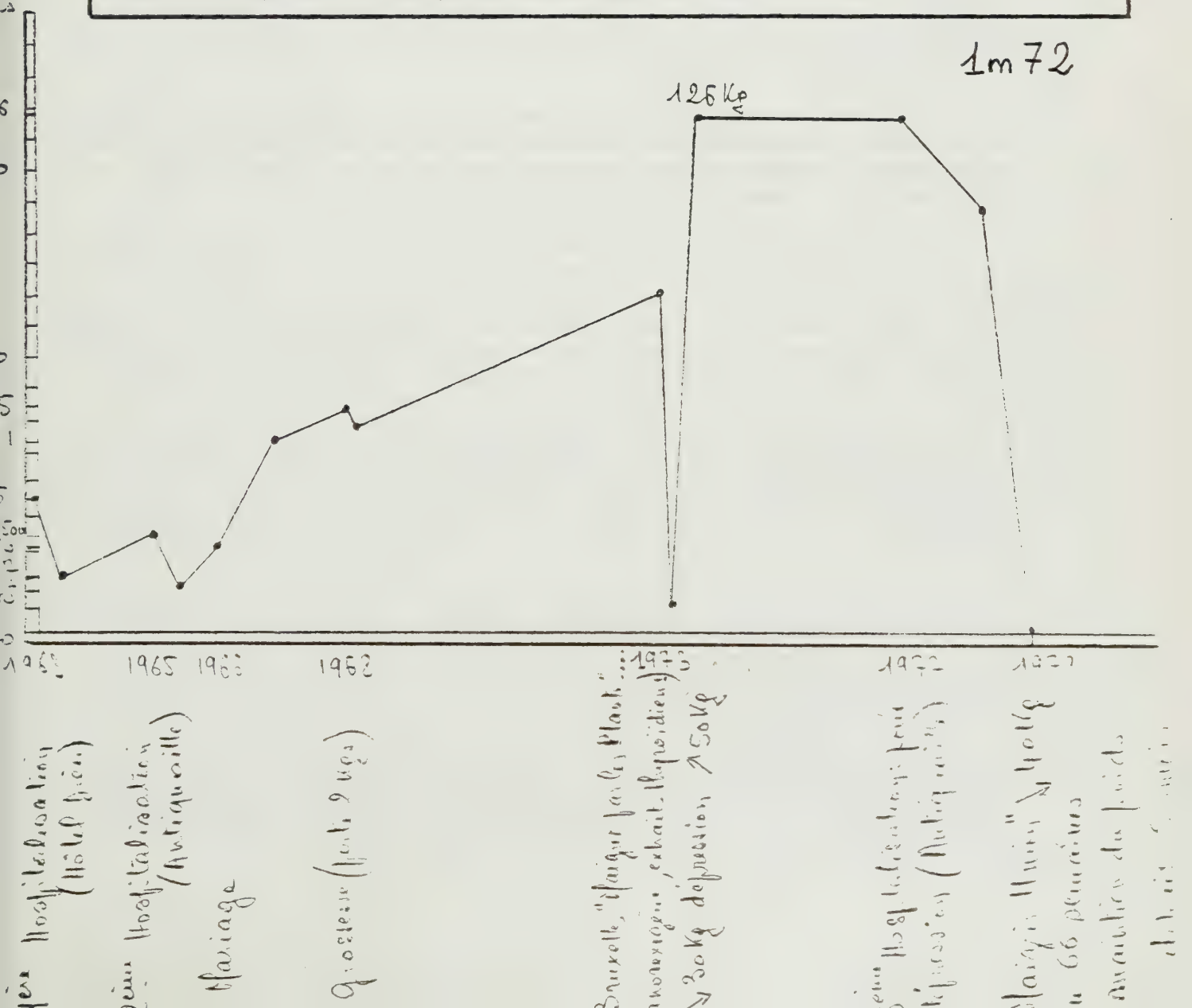
-Aggravations successives: prise d'antidépresseurs; après son mariage (80kg en 1963, 95 en 1968); après une dépression consécutive à un traitement "miracle" par les plantes (anorexigènes et extraits thyroïdiens!) à Bruxelles, perte de 30kg en 4 mois reprise de 50 kg dans les 5 mois suivants: 125kg en 1977).

-Amaigrissements en milieu hospitalier: 1963 Hôtel Dieu, perte de 7kg, reprise; 1965 Antiquaille, perte de 8kg, reprise.

-Hospitalisation pour dépression en 1977 (Antiquaille)

-Amaigrissement de 40kg en 66 semaines: début en janvier 1978, à l'aide de "Maignir Union", prise en charge personnelle et technique de groupe, réunion hebdomadaire, et éducation diététique (1200cal/j environ).

-En période de maintien de poids depuis 5 mois. L'équilibre psychologique est bien meilleur, la cure lui ayant permis de prendre conscience de ses difficultés affectives et d'accepter son obésité. Période d'hypersensibilité due aux difficultés d'adaptation corporelle et sexuelle.



LES FACTEURS DE RISQUE PSYCHOLOGIQUE ET LA PERIODE DE STABILISATION DU POIDS :

Mme N. C..., réunit les 5 facteurs de risque psychologique :

- obésité sévère
- début avant 18 ans
- antécédents dépressifs
- entourage défavorable
- troubles émotionnels associés aux essais d'amaigrissement antérieurs.

Cependant, elle a pu récemment, perdre avec succès 40 kg, et maintenir depuis 6 mois son poids avec une oscillation de 2 à 3 kg.

Nous avons choisi d'insérer ici le texte de son témoignage (notes prises pendant qu'elle parlait lors d'une réunion sur l'obésité réunissant médecins, infirmières et diététicienne de la clinique endocrinologique en novembre 1979.

L'intérêt du texte nous semble venir de la lucidité que la patiente a acquise sur son obésité, de son expérience des difficultés psychologiques et des altérations de l'image du corps que rencontre l'obèse durant la cure d'amaigrissement. Elle a conscience d'être actuellement dans une période critique de fragilité.

Il s'agit d'un témoignage que cette personne a bien voulu apporter à l'ensemble de l'équipe médicale, en toute sincérité, parce qu'elle avait senti, durant son hospitalisation pour dépression en 1977, que pour la première fois un médecin l'avait écoutée.

Pour son amaigrissement, elle a été aidée par d'anciennes obèses qui animent une association : "Maigrir-Union".

Ce témoignage nous a permis de mieux comprendre le vécu de l'obésité sévère et ancienne. Il est venu confirmer a posteriori ce que nous avons observé ou pressenti à travers les onze autres observations.

"Je suis obèse depuis l'enfance. Pour moi, c'est une maladie du comportement. Je suis passée de 126 kg à 70 kg en 66 semaines. Pour moi, c'est toujours une rééducation. Je suis une "alcoolique" de la fourchette. J'étais impuissante devant ce corps lourd ; au lieu de m'aider, l'aide médicale m'enfonçait. Je n'avais pas compris que je devais me prendre en charge.

J'ai commencé, en janvier 1978, cette cure de désintoxication. Lors de la première réunion, j'étais très agressive, tout m'irritait. Puis j'ai découvert un programme diététique où l'on me conseillait "mangez ceci" au lieu de me dire "ne mangez pas cela". Je me suis sentie entourée. La solitude est importante dans l'obésité. Là, j'ai rencontré d'autres obèses. Je les appelle mes soeurs dans la graisse.

J'ai perdu 46 kg, mais je ne suis pas guérie. A trente-trois ans, je suis face à l'inconnu, face à des choses que je n'avais pas voulu affronter. Je m'enfonçais dans la graisse pour les éviter. Je pense que je ne suis pas sauvée.

On peut s'entr'aider entre anciennes obèses. Vous ne pouvez imaginer quelle est la détresse des obèses, soumises constamment au jugement des autres. On prête à rire. Détresse quand on tombe dans la rue, détresse quand on subit des affronts dans la rue, quand on veut s'habiller, acheter des vêtements, détresse devant le comportement des enfants, celui des familles.

L'écoute que j'ai rencontrée ici m'a beaucoup touchée. L'obèse cherche tout le temps à dépendre de quelqu'un ou de quelque chose. Par exemple, une femme qui vient de finir de maigrir, veut un enfant (personnellement, j'en ai eu trois, ils ont 12, 9 et 4 ans), parce qu'elle recherche le statut de la femme enceinte.

Je suis dans une période de plus grande fragilité, après avoir perdu du poids. Quand on a toujours été obèse, le problème de la vie, de la vie des autres, de la vie de tout le monde, paraît insurmontable. Deux personnes, une de 120 kg et une qui vient de perdre 40 kg sont dans le même état : elles sont tout aussi démunies.

L'obésité donne le sentiment d'être marginale, dans un monde à part : on peut perdre plusieurs fois par an une dizaine de kg, et l'on finit par se demander si on a la volonté ou pas : on ne peut pas se pencher pour ramasser quelque chose qui vient de tomber. La balance ici va jusqu'à 120 kg, or j'en faisais 126, il me fallait monter à l'étage au-dessus : j'étais encore à part, même dans un service spécialisé. L'obèse pense souvent, que même dans la mort, elle ennuyera son monde, car il lui faudra un cercueil sur mesure.

Nous sommes dans un carcan de graisse. Nous sommes engluées dans ce carcan. Toute la journée, je ne pense qu'à ça, depuis l'âge de 10 ans. J'ai fait des régimes à 400 calories par jour, je perdais du poids, puis je mangeais normalement et je reprenais du poids.

J'ai eu la chance de faire une dépression. Il y a 6 ans, je suis allée à Bruxelles pour "maigrir par les plantes". En fait de plantes, c'était un cocktail d'anorexigènes, d'extraits thyroïdiens. J'ai perdu 32 kg en 4 mois, mais j'étais dans un tel état nerveux que j'ai fait une dépression ; et j'ai repris 50 kg en 5 mois. J'ai fait 3 ans de longue maladie ensuite. Ça m'a fait réfléchir, je me suis beaucoup détaillée ; ça m'a fait percevoir les choses avec plus d'intuition et plus d'impuissance. Quand on est en dépression, on ne peut pas lutter, mais on a une lucidité plus grande. Cela m'a permis de rompre le cercle vicieux. Je me suis fait naître, je me suis mise à écrire un livre. Naître à 33 ans. On a envie de tout découvrir à 33 ans, d'un coup.

Je n'ai pas eu d'adolescence, ou bien elle a été triste. J'étais la bonne copine, mais je n'ai pas eu de flirt. Tout était répréhensible à l'école ; les cours de gymnastique par exemple : pour moi, c'était ne pas ressembler à l'autre, c'était remorquer un corps plus lourd. On ne veut pas accepter d'avoir un corps plus lourd, et on fera beaucoup d'effort pour que ça ne se voit pas. L'obèse devra faire passer ses rougeurs, ses sueurs dans une attitude excessive, dans laquelle il n'est pas lui-même : ou il sera très exubérant, toujours en train de rire et de faire rire, ou il sera très timide, cherchant à se faire oublier. Pour moi, je voulais rire, rire de moi, avant que les autres n'en rient.

Cela, l'enfant le ressent, mais il ne peut pas l'exprimer. L'adolescent

le sent mais il ne se dégoûte pas complètement. Puis vient la puberté, et le dégoût qui augmentera avec l'âge adulte. Ce n'est plus son corps, c'est une carcasse qu'il traîne. Plus tôt, on a subi tous ces affronts, plus le chemin sera long à parvenir à un comportement normal et un contrôle devant l'alimentation.

En hôpital, à 14 ans, j'ai subi des "vannes épouvantables". Puis j'ai été hospitalisée deux autres fois dans des services d'endocrinologie. J'ai été parquée, au lit, en chemise de nuit. C'était plutôt agréable de se retrouver en chemise de nuit toute la journée, parce que c'est un vêtement large. On ne m'a pas obligé à m'habiller, ce que je trouve négatif, car c'est être considéré comme malade.

J'étais avec des personnes qui avaient les mêmes angoisses que moi, mais qui ne l'auraient jamais dit. Ensemble de quoi va-t-on parler ? de "bouffe" uniquement.

Je n'ai pas appris comment faire ma cuisine intelligemment, et comment recevoir mes amis, ni comment faire vivre ma famille. Maintenant je sais que je peux faire manger toute ma famille comme moi, sans que personne ne le sache, car ce que je fais est très bon. Le Réveillon pour l'obèse, c'est épouvantable. C'est très important d'avoir des recettes de Réveillon. Maintenant, je me dis "Moi, qu'est-ce que je vais manger" Ça, ça me fait plaisir, et les autres vont manger comme moi.

Depuis 5 mois, je suis au maintien, avec un battement de 2 à 3 kg.

Dans ma famille, je voulais m'imposer. J'ai voulu un troisième enfant, je ne dépendais que de cet enfant.

Après une perte de poids de 30 kg, je voulais une maison : je me suis mise au fond d'une campagne. Inconsciemment, je voulais avoir la possibilité de dépendre de cette maison ; si un jour, je reprenais du poids, ce serait la faute de cette maison. Dimanche, je me suis disputée avec mon mari, car je ne veux plus de cette maison, et lundi j'ai mangé, j'ai pris un kilo.

Maintenant, j'ai à faire face à la rivalité des autres femmes. J'ai à m'habituer à ce que je suis. Il y a quelques jours, je suis passée devant des affiches contre l'avortement, je suis allée arracher les affiches devant tout le monde. A travers cet acte, j'ai réalisé ce que je peux faire, et pour moi c'est un espoir, qui me permet de continuer.

J'étais agressée dans la rue, à cause de mon changement : j'étais complimentée, puis on me disait "mais vous n'êtes pas malade" faites attention à votre santé". J'ai changé de quartier, j'ai déménagé.

Il y a 6 mois, pour la première fois, j'ai eu envie d'aller à la piscine avec mes enfants : j'y suis allée dans un quartier nouveau.

J'ai perdu 46 kg en 66 semaines ; je me suis posé des questions tout au long. Il y a des moments où j'ai eu envie de régresser, et j'ai dû apprendre à analyser mon comportement. Il y avait une autre femme qui perdait un kilo par semaine, sans se poser de questions. Elle en a repris un certain nombre depuis. Je pense que le rôle de l'hôpital est là : permettre une approche du comportement, une réflexion, une aide psychologique qu'on ne trouve pas ailleurs.

Je suis obligée de surveiller définitivement mon alimentation. Les gens trop gros ne sont pas conscients de ce qu'ils mangent. Ce qu'ils pensent manger est très inférieur à la réalité. On m'a obligé à peser mon alimentation, on ne m'a jamais parlé de calories. 100 gr de compote revient à 3 cuillères à soupe de compote, c'est en pesant que j'en ai pris conscience. J'ai appris ce que représente 25 gr de pain, et j'ai appris à me donner des illusions en coupant ces 25 gr quotidiens en tranches fines. Une pâtisserie pour l'obèse, c'est le quart d'une tarte, et non un petit gâteau de soirée, j'ai appris à couper la tarte en tranches fines.

Apprendre à doser. C'est vrai pour tout : je faisais du rotin, je me suis aperçue que je faisais des corbeilles immenses. Je mange sur de petites assiettes. Quand je mange des légumes verts, je sais qu'ils sont non sucrés, et je passe mes fringales sur des endives l'hiver, des tomates l'été. Il faut se donner des illusions : quand je mange une compote, j'ajoute un blanc d'oeuf battu pour faire plus de volume.

Il faut se donner du plaisir : l'obèse a des sens exacerbés. Si je commence la journée par un petit déjeuner qui est un régal, je sais que ça ira bien toute la journée. J'ai un choix de thés différents, et de fruits différents. Je peux faire un choix sur une alimentation appétissante.

Le grignotage, c'est "bouffer" sans en avoir l'impression. L'obèse qui a mangé 500 gr de gruyère, pense en avoir pris un tout petit morceau. Grignoter un petit morceau de saucisson, c'est manger un saucisson. On est la maman-poubelle qui finit les repas des enfants. On est incapable de se maîtriser devant la nourriture, on mange.

Il faut faire admettre à la femme obèse qu'elle grignote, ensuite lui faire étudier et comprendre pourquoi elle a eu besoin de grignoter. Elle grignote pour se consoler, de quoi ? c'est la question.

Comportement de l'entourage devant la personne qui a maigri :

- d'abord il y a le changement de volume ; il faut s'y habituer. Il y a quelques jours, j'ai été très étonnée de pouvoir m'asseoir dans un petit fauteuil en rotin.

- les parents sont ravis, mais ils ont très peur ; ils n'y croient pas. Mon moral est totalement différent.

- le mari : on lui a changé sa femme. Mon poids n'avait pas d'importance pour lui. Mon mari n'a rien compris. Parfois je me dis : "je vais le quitter, sinon je vais regrossir... C'est surprenant de se faire courtiser par d'autres hommes et que son mari ne s'en rende pas compte.

Il arrive que les maris agressent le médecin, alors que leur femme maigrit. Ils ont peur que leur femme s'envole. Ils sont jaloux. Ils ne connaissent pas la nouvelle personne qu'ils ont devant eux, et ils ne savent pas comment réagir. Ils sont déconcertés par ce changement qui les oblige à se remettre en question. Ils se demandent pourquoi ou pour qui leur femme a voulu changer, puisque eux s'en trouvaient bien.

J'ai voulu m'en sortir quand mon mari a été en déplacement pendant de longs mois pour son travail. Je n'avais plus à étouffer mon mari ; ça

m'a libéré. Cette séparation m'a fait prendre conscience que je ne pouvais pas maigrir à cause de lui.

- Les enfants sont ravis. A l'école, on leur disait "ta mère c'est une grosse patate" ; je me sentais coupable devant l'enfant en pleurs. J'étais obligée de leur expliquer ce qu'est l'humanité, et d'aller voir la maîtresse.

L'aîné qui a douze ans est très content ; et il me surveille. Celui qui a neuf ans a pris du temps pour réaliser. Il ne s'est pas rendu compte tout de suite du changement. Maintenant il est heureux de sortir avec sa mère. La dernière qui a 4 ans me dit : "tu vas grossir maman" quand je grignote.

- J'ai perdu des amis.

Une amie surtout qui me prenait toujours en photo quand j'étais grosse ; je l'ai perdue : elle avait trois kilos à perdre sur les fesses et n'y arrivait pas. Elle ne m'a jamais prise en photo depuis que j'ai maigri. Pour moi, cela a été un aiguillon d'être plus invitée qu'elle, une sorte de revanche.

Je me suis imposée, au restaurant, chez des amis.

L'échec en amaigrissement ? c'est qu'elles n'ont pas compris qu'elles en ont marre.

Pour moi, c'était ou le suicide, ou m'en sortir. C'est celles-là qui s'en sortent. Avant quand je déprimais, je me réfugiais dans la dystonie. "Maigrir-Union" a été ma bouée. J'ai mis quatre mois à me décider.

Lors d'une réunion, on est accueilli, on paye, on se fait peser toujours par la même personne qui fait la réunion ensuite. Puis on va s'asseoir en cercle ; on discute, on échange des conseils, des encouragements. On parle de programme alimentaire pour la semaine, jamais de régime. Tout est positif : "mangez ceci" ; il n'y a jamais d'interdit. Puis on lit les cartes avec le poids et le prénom de chacune ; on s'appelle par nos prénoms seulement ; "très bien Nicole, elle a perdu un kilo ; on s'applaudit.

Et surtout, il faut revenir toutes les semaines.

Ma peau de grosse : c'était celle qu'on décollait ; quand on tire sur les poils, ça fait mal. Changer c'est souffrir. Par moment, je pensais aux sparadraps que j'avais envie de recoller pour retrouver mon ancienne peau".

QUATRIEME PARTIE

PERSPECTIVES

L'installation de l'excès pondéral avant 18 ans, et le trouble de l'image corporelle, représentent, dans notre expérience, deux éléments qui conduisent à redouter des difficultés thérapeutiques particulières.

Leur présence nous fait conseiller les modalités de cure suivantes :

- début du traitement en milieu hospitalier, avec un séjour de trois semaines maximum.
- progression prudente de la chute pondérale : 6 à 8 kg en milieu hospitalier, puis 2 kg par mois en ambulatoire.
- soutien psychothérapeutique, s'associant, selon les cas, à une médication antidépressive, des exercices de relaxation et de prise de conscience corporelle, une éducation diététique éventuellement en groupe.



CHAPITRE I

PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES

Au terme de cette étude, un certain nombre de perspectives se dégagent.

L'étude bibliographique et l'étude clinique nous permettent de souligner qu'une cure d'amaigrissement doit tenir compte des facteurs suivants :

A - L'EXISTENCE D'UN DES 5 FACTEURS DE RISQUE PSYCHOLOGIQUE

- obésité sévère
- début de l'obésité avant 18 ans
- antécédents dépressifs
- troubles émotionnels associés aux amaigrissements antérieurs
- entourage défavorable

(a fortiori s'ils sont plusieurs) grève le pronostic de la cure d'une perspective d'échec, avec survenue de troubles émotionnels :

- anxiété
- symptômes dépressifs
- préoccupation relative à la corpulence
- préoccupation relative à la nourriture
- plaintes somatiques
- irritabilité
- agressivité

et d'une reprise pondérale rapide.

B -

 IL SEMBLE PREFERABLE DANS CES CAS DE PROPOSER UNE HOSPITALISATION
PRELIMINAIRE

afin :

1° - D'AMORCER AVEC PRUDENCE LA PERTE DE POIDS

(6 à 8 kg en 3 semaines) sous des prescriptions hygiéno-diététiques et un traitement anxiolytique (parfois associé à un traitement anti-dépresseur) en l'absence formelle de toute médication anorexigène ; surtout lorsque l'obésité est ancienne (début dans l'enfance ou dans l'adolescence).

2° - D'OBSERVER DURANT L'HOSPITALISATION :

- a/ quelles sont les réponses affectives à la restriction alimentaire et à la perte de poids ?
- b/ s'il existe un trouble de l'image corporelle, et si oui, quelle en est la gravité ?

Nous pensons que les réponses affectives et l'image du corps sont de bons indices du pronostic de la cure d'amaigrissement :

Plus les réponses affectives durant l'hospitalisation sont négatives
en intensité et en nombre :

1. augmentation de l'anxiété
2. augmentation des symptômes dépressifs
3. diminution de la préoccupation relative à la corpulence
4. augmentation de la préoccupation relative à la nourriture
5. augmentation des plaintes somatiques ; plus le pronostic est mauvais

Plus l'image du corps est altérée :

1. schéma corporel perturbé
2. non-perception du changement corporel induit par l'amaigrissement
3. idéal corporel flou ou irréalisable
4. sentiments négatifs à l'égard du corps
5. pressions de l'entourage (passées : souvenirs marquants, ou présentes)
6. début de l'obésité avant l'âge de 18 ans
7. troubles émotionnels ou névrotiques ; plus le pronostic est mauvais

En pratique, il est possible d'utiliser la fiche d'observation que nous avons incluse dans notre étude clinique (ci-jointe) pour avoir une vue syn-

thétique de l'ampleur des difficultés prévisibles.

○ La partie réponses affectives peut être remplie rapidement : les renseignements recueillis lors de la visite hebdomadaire ou bihebdomadaire au lit du malade sont suffisants au médecin qui a l'habitude du regard clinique.

○ La partie indices de perturbation de l'image du corps :

- soit elle peut être rapidement complétée par un bref interrogatoire clinique :

. s'enquérir lors de l'interrogatoire de l'existence de l'existence de souvenirs scolaires ou familiaux marquants concernant l'obésité à l'âge du cours préparatoire et à l'âge de la puberté, ce qui est un indice de l'image du corps altéré ;

. s'enquérir lors de la visite de l'existence d'une non-perception corporelle de la perte de poids quand la courbe indique une perte de 4 à 5 kg au moins, ce qui est un indice du retard d'adaptation au changement de volume corporel.

- soit elle peut être plus affinée en utilisant l'entretien psychologique et la technique du dessin présentée dans nos observations.

Ceci n'est possible que lorsque la confiance s'est établie entre la patiente et le thérapeute.

3° - DE PREPARER LA POURSUITE DU TRAITEMENT EN AMBULATOIRE :

a/ par une information et une éducation diététique réaliste.

b/ par l'explication des obstacles prévisibles en cours de cure et des moyens d'y remédier avant dommage.

c/ par une sensibilisation aux problèmes d'adaptation posés par le changement de volume corporel et par la modification de l'image du corps.

Ces trois points peuvent être abordés à l'occasion d'une réunion hebdomadaire d'une heure trente des obèses hospitalisés qui le souhaitent ; un sujet étant traité chaque semaine sous forme d'un exposé dialogué suivi d'une animation de groupe qui en permette l'assimilation individuelle (cf. techniques psychopédagogiques d'animation de groupe), les personnes restant deux à trois semaines pourront ainsi suivre le cycle complet. Il s'agit d'expliquer à l'obèse qu'il est le seul à pouvoir prendre en charge sa cure (problème similaire à celui de l'éducation des diabétiques) et que maigrir s'apprend.

- 4° - DE DEMARRER, quand cela est souhaitable et souhaité par la personne, UNE THERAPIE DE SOUTIEN à poursuivre en consultation externe.

L'hospitalisation (surtout la fin de la première semaine ou le début de la deuxième) est propice au commencement d'entretiens psychothérapeutiques.

La thérapie de soutien peut permettre à la personne de passer un cap difficile en luttant avec elle. L'écouter, la recevoir sans jugement dramatisé la situation et peut lui permettre de trouver ses propres forces (cf. observations 6, 7, 8 et 9).

Parfois la thérapie de soutien pourra devenir psychothérapie sous la décision de la patiente (cf. observations 10 et 11).

La psychothérapie peut permettre à la personne de prendre conscience de ce qu'elle est, des raisons de son comportement, de la teneur de ses difficultés et lui donner l'occasion d'exprimer son vécu intérieur et ses émotions progressivement, au fur et à mesure qu'elle prend conscience de sa force, dans une relation de face à face avec le thérapeute (lequel passe par une identification empathique avec le patient suivie d'un retrait dans l'objectivité).

C - LA POURSUITE DU TRAITEMENT EN AMBULATOIRE

Il nous semble important :

- de revoir les patientes en consultation dans un délai bref (10 à 15 jours) car le passage au traitement ambulatoire pose des problèmes d'adaptation qu'il faut aborder avant que le découragement s'installe et régler à mesure qu'ils se posent car la personne a besoin de se sentir soutenue, accompagnée dans son effort. Revoir le médecin est un appui et une réassurance tant par sa compétence que par sa présence ;

- de leur demander de ne se peser qu'à l'occasion des consultations pour éviter l'obsession de la balance, le découragement et pour apprendre à sentir la perte de poids à l'aide de sa perception interne et non à l'aide d'un instrument. Plus cette perception interne est fine, meilleur est le pronostic, car elle permet une adaptation plus rapide des gestes quotidiens de la vie affective et sexuelle et de la diététique (perception des volumes alimentaires) ;

- de leur proposer une série de consultations de groupe :

Nous pensons que celles-ci peuvent avoir un double intérêt :

- réunir 6 à 10 personnes vivant les mêmes difficultés, pouvant se comprendre, s'encourager et se stimuler mutuellement.

- donner à cette occasion les informations utiles à la poursuite du traitement au fur et à mesure que la nécessité s'en présente :

1. l'éducation à l'hygiène de vie (repos, boissons abondantes...),
2. l'apprentissage diététique : il est long et doit être répété, adapté en fonction de ce que la personne a compris et de son mode de vie,
3. la sensibilisation aux réponses affectives à la perte de poids.

Les connaître permet :

- . de les prévenir (par l'adaptation du rythme de perte de poids qui ne doit pas être trop rapide, 2 à 3 kg par mois avec une pause au bout de 7 à 10 kg),
 - . d'y remédier avant l'arrêt du traitement et la reprise pondérale.
4. la connaissance de l'importance de la période de maintien du poids : continuer les consultations, se donner les moyens de se reposer et de se détendre dans une période de grande fragilité psychologique ; pouvoir éviter la crainte de la rechute en sachant qu'elle est normale, qu'elle peut déclencher une situation de stress et qu'on peut venir en parler.

CHAPITRE II

PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Au terme de cette étude, il nous paraît souhaitable :

- d'améliorer nos capacités de pronostic par :
 - 1° une étude rigoureuse sur plusieurs années de l'évolution des courbes pondérales et des facteurs qui interviennent dans la chute ou la reprise pondérale en constituant un fichier de tous les patients obèses hospitalisés et consultants et en effectuant une vérification systématique de leur évolution pondérale tous les six mois par convocation, lettre au médecin traitant ou lettre au patient.
 - 2° une étude longitudinale précise du vécu psychologique et de l'évolution de l'image du corps au cours de l'amaigrissement, sur un petit nombre de cas (6 à 10) et une longue durée (1 à 2 ans).
- de vérifier et d'améliorer la validité de notre technique du dessin en tant qu'indice d'une perception juste ou fausse du changement corporel induit par l'amaigrissement ;
- de vérifier et d'améliorer la validité des enquêtes diététiques en tant qu'indice d'une perception juste ou fausse des volumes alimentaires.

CONCLUSIONS

I.

L'étude du vécu psychologique de la cure d'amaigrissement, chez 30 femmes adultes hospitalisées dans le service de clinique endocrinologique, nous permet de souscrire à l'opinion des auteurs anglo-saxons selon laquelle il n'y a pas de personnalité type de l'obèse.

Les difficultés psychologiques, auxquelles ces patientes vont être confrontées en cours de traitement, nous semblent identiques à celles rencontrées chez toute personne de poids normal, soumise à une restriction alimentaire sévère.

Deux points toutefois nous apparaissent spécifiques de l'obésité :

- l'aggravation des difficultés rencontrées en fonction de l'ancienneté du trouble, et de son début dans l'enfance ou au moment de la puberté.
- l'importance, dans leur déterminisme, des perturbations de l'image du corps.

II.

L'image du corps peut être définie comme la représentation mentale que l'on a de son propre corps, au repos ou en mouvement, à tout instant. Elle se forme à partir de sensations internes, de changement de posture, de contact avec des objets externes ou avec autrui, d'expériences émotionnelles et d'activités fantasmatiques.

Chez l'obèse, la perturbation de l'image du corps apparaît particulièrement fréquente. Dans les cas les plus anciens, ce trouble persiste après l'amaigrissement.

S'il est important de s'attacher à rechercher une telle anomalie, la multiplicité même des techniques proposées, - que nous avons analysées en détail -, témoigne de la difficulté de leur diagnostic.

Plusieurs éléments, faciles à recueillir, ont cependant, à nos yeux, une bonne valeur d'orientation :

- à l'interrogatoire, l'existence de souvenirs scolaires marquants, relatifs à l'excès pondéral.
- durant la cure, l'absence de perception du changement corporel en cours.

III.

Nous avons étudié, en détail, douze observations, en confrontant les données d'entretiens répétés et de dessins, par les malades, de leur propre silhouette, au cours du traitement.

A chaque étape, nous avons demandé au sujet de se représenter : à son poids maximum, à son poids actuel, et tel qu'il souhaiterait être.

Cette méthode nous a permis de mettre en évidence des discordances entre la réalité et sa perception par la personne.

L'existence d'un retard, dans la prise de conscience de la modification du corps sous l'effet du traitement, nous fait craindre un abandon de la cure, ou une rechute rapide.

IV.

L'installation de l'excès pondéral avant 18 ans, et le trouble de l'image corporelle, représentent, dans notre expérience, deux éléments qui conduisent à redouter des difficultés thérapeutiques particulières.

Leur présence nous fait conseiller les modalités de cure suivantes :

- début du traitement en milieu hospitalier, avec un séjour de trois semaines maximum.
- progression prudente de la chute pondérale : 6 à 8 kg en milieu hospitalier, puis 2 kg par mois en ambulatoire.
- soutien psychothérapeutique, s'associant, selon les cas, à une médication anti-dépressive, des exercices de relaxation et de prise de conscience corporelle, une éducation diététique éventuellement en groupe.

Le Président de la Thèse :

Professeur J. TOURNIAIRE

Le Directeur
de l'U.E.R. LYON-NORD

Pr Agrégé J.P. NEIDHARDT

VU et PERMIS d'IMPRIMER

LYON, le 19 décembre 1979

Le Président de l'Université Claude BERNARD LYON I

Professeur D. GERMAIN

B I B L I O G R A P H I E

- 1 - ABRAHAM A.
Le dessin d'une personne, le test de Machover.
EAP, Paris, 46-48, 1977

- 2 - ANASTOPOULOS G.
Le lobe pariétal et l'image de notre corps.
Méd. Contemp. 73 : 143-146, 1955.

- 3 - APFELBAUM M., IGOIN L.
Obésité, boulimie, dysmorphophobie.
Rev. Méd. Psychosom. 15 : 125-130, 1973.

- 4 - ATKINSON R.M., RINGUETTE E.L.
A survey of biographical and psychological features in extraordinary fatness.
Psychosom. Med. 29 : 121-133, 1967.

- 5 - AZIMA H., LEMIEUX M., AZIMA F.J.
Isolement sensoriel : Etude psychopathologique et psychanalytique de la régression et du schéma corporel.
Evol. Psychiat. 27 : 259-280, 1962.

- 6 - BAILEY W.L., SHINEDLING M.M., PAYNE I.R.
Obese individuals' perspective of body image.
Percept. and Mot. skills 31 : 617-618, 1970.

- 7 - BARBIZET J., DUIZABO Ph.
Abrégé de Neuropsychologie.
MASSON, Paris, 1977.

- 8 - BARRON B.A., HIRSCH J. and GLUCKSMAN M.
The construction and calibration of behavioral rating scales.
Behav. Sci. 15 : 220-226, 1970

- 9 - BENDER M.B.
Disorders in Perception with Particular Reference to Extinction and Displacement. American Lecture Series in Neurology.
Springfield, III : Charles C. Thomas Publisher, 1952.

- 10 - BENNET D.H.
Perception of the Upright in Relation to Body-Image.
J. Ment. Sci. 102 : 487-506, 1956.
- 11 - BENNETT D.H.
The body concept.
J. Ment. Sci. 106 : 56-75, 1960.
- 12 - BIGGERS W.H.
Obesity : Affective changes in the fasting state.
Arch. Gen Psychiat. 14 : 218-221, 1966.
- 13 - BONNIER P.
L'aschématie.
Rev. Neurol. 54 : 605-609, 1905.
- 14 - BORACK F.C.
Sex difference in body cognition.
Unpublished Doctoral dissertation. University of Kansas, 1962.
- 15 - BRAY G.A.
The obese patient.
Major Problems in Internal Medicine, IX, Lloyd H. Smith Jr M.D.,
SAUNDERS Co, 1976.
- 16 - BRUCH H.
Obesity in childhood and personality development.
Am. J. Orthopsychiat. : 467-474, 1941.
- 17 - BRUCH H.
The importance of overweight.
New York, W.W. Norton Co, Inc, 1957.
- 18 - BRUCH H.
Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique.
PAYOT, Paris, 1978.
- 19 - CAPPON D., BANKS R.
Distorted body perception in obesity.
J. Nerv. Ment. Dis. 146 : 465-467, 1968.
- 20 - COHEN R.
Role of "Body-Image Concept" in Pattern of Ipsilateral Clinical Ex-
inction.
Arch. Neurol. Psychiat. 70 : 503-509, 1953.
- 21 - CRITCHLEY M.
Body Image in Neurology.
Lancet 1 : 335-340, 1950.

- 22 - DARLING C.D., SUMMERSKILL J.
Emotional factors in obesity and weight reduction.
J. Am. Diet. Assoc. 29 : 1204-1207, 1953.
- 23 - DENNY-BROWN D.
Nature of Apraxia.
J. Nerv. Ment. Dis. 9 : 126, 1958.
- 24 - DILLON D.J.
Estimation of Bodily Dimensions.
Perc. Mot. Skills 14 : 219-221, 1962.
- 25 - ERIKSON E.H.
Identity and the Life Cycle.
Psychol. Issues 1 : 1-171, 1959.
- 26 - FEDERN P.
Some Variations in Ego Feeling.
Int. J. Psychoanal. 7 : 434-444, 1926.
- 27 - FISHER S.
Body Reactivity Gradients and figure drawings variables.
J. Cons. Psychol. 23 ; 54-59, 1959.
- 28 - FISHER S.
Power Orientation and concept of self height in men : Preliminary note.
Perceptual and Motor Skills 18 : 732, 1964.
- 29 - FISHER S.
Further comments concerning "Power orientation and concept of self height in men.
Perceptual and Motor Skills 20 : 1312, 1965.
- 30 - FISHER N.
Obesity, affect, and therapeutic starvation.
Arch. Gen. Psychiat. 17 : 227-233, 1967.
- 31 - FISHER S., and CLEVELAND S.E.
Body Image and Personality.
New York, Dover Publication, 1968
- 32 - FOLLIN S., AZOULAY J.
Les altérations de la conscience de soi.
Encycl. Méd. Chir. (Paris), Psychiatrie, Fasc. 37125, A 10, novembre 1961.
- 33 - FREUD S.
Pour introduire le narcissisme.
1914, cité par ROSOLATO, 1975.

- 34 - FREUD S.
Le moi et le ça.
in Essais de psychanalyse (1927)
Paris, PAYOT, 163-218, 1951.
- 35 - FREUD S.
L'esquisse.
in La naissance de la psychanalyse.
Paris PUF, 336, 1956.
- 36 - FREUD S.
Collected Papers.
London Hogarth Press, 1949.
- 37 - FREUD S.
Trois essais sur la théorie de la sexualité.
Ed. Payot, Paris, 1968.
- 38 - GANTHERET F.
Historique et position actuelle de la notion de schéma corporel.
Bull. Psychol. 15 : 41-44, 1951.
- 39 - GANTHERET F.
Remarques sur la place et le statut du corps en psychanalyse.
Nouv. Rev. Psychanal. 3 : 137-146, 1971.
- 40 - GERSTMANN J.
Psychological and Phenomenological Aspects of Disorders of Body Image,
J. Nerv. Ment. Dis. 26 : 499-512, 1958.
- 41 - GLUCKSMAN M.L., and HIRSCH J.
The response of obese patients to weight reduction : 1 ; A clinical evaluation of behavior.
Psychosom. Med. 30 : 1-11, 1968.
- 42 - GLUCKSMAN M.L., HIRSCH J., Mc CULLY R.S., BARRON B.A., and KNITTLE J.L.
The response of obese patients to weight reduction 2. A quantitative evaluation of behavior.
Psychosom. Med. 30 : 359-373, 1968.
- 43 - GLUCKSMAN M.L., and HIRSCH J.
The response of obese patients to weight reduction 3. The perception of body size.
Psychosom. Med., 31 : 1-7, 1969.
- 44 - GOLDBLATT P.B., MOORE L.E., and STUNKARD A.J.
Social Factors in Obesity.
J.A.M.A. 192 : 1039-1044, 1965.

- 45 - GORMAN W., ABT L.E.
Is the brain the most important organ ?
Psychol. 1 : 3-11, 1964.
- 46 - GRINKER J.
Behavioral and metabolic consequences of weight reduction.
J. Am. Diet. Assoc., 62 : 30-34, 1973.
- 47 - GRINKER J., GLUCKSMAN M.L., HIRSCH J. and VISELTEAR G.
Time Perception as a function of weight reduction : A differentiation based on age at onset of obesity.
Psychosom. Med., 35 : 104-111, 1973.
- 48 - GRINKER J., HIRSCH J., and LEVIN B.
The affective responses of obese patients to weight reduction : A differentiation based on age at onset of obesity.
Psychosom. Med., 35 : 57-63, 1973.
- 49 - HABER W.B.
Effects of loss of limb on Sensory Functions.
J. Psychol. 40 : 115-123, 1955.
- 50 - HAMBURGER W.W.
Psychological aspects of obesity.
Bull. N.Y. Acad. Med. 33 : 771-772, 1957.
- 51 - HAMBURGER W.W.
The psychology of weight reduction.
J. Am. Diet. Assoc. 34 : 17-22, 1958.
- 52 - HEAD H.
Studies in Neurology.
London, Oxford University Press, Vol. 2, 1920.
- 53 - HEAD H.
Aphasia and Kindred Disorders of Speech.
London : Cambridge University Press, 1926.
- 54 - HELD R.
Exposure History as Factor in Maintaining Stability of Perception and Coordination.
J. Nerv. Ment. Dis. 132 : 26-32, 1961.
- 55 - HIRSCHENFANG S., BENTON J.G.
Assessment of phantom limb sensation among patients with lower extremity amputation.
J. Psychol. 63 : 197-199, 1966.
- 56 - JACOBSON E.
The Self and the Object World.
Psychoanal. Stud. Child 9 : 75-127, 1954.

- 57 - JOURARD S.M., SECORD P.F.
Body size and body cathexis.
J. Cons. Psychol. 18 : 184, 1954.
- 58 - JOURARD S.M., SECORD P.F.
Body Cathexis and the ideal female figure.
J. Abnorm. Soc. Psych. 50 : 243-246, 1955.
- 59 - KAPLAN H., KAPLAN H.S.
The psychosomatic concept of obesity.
J. Nerv. Ment. Dis. 125 : 181-201, 1957.
- 60 - KLEIN M.
L'amour et la haine.
Payot, Paris, 1968.
- 61 - KLEMPERER E.
Changes of Body Image in Hypnoanalysis.
J. Clin. Exp. Hypnosis 2 : 157-162, 1954.
- 62 - KOLB L.C.
"Disturbances of Body-Image".
in ARIETI S.
American Handbook of Psychiatry, vol. 1, 749-769, New York :
Basic Books, 1959.
- 63 - KOLLAR E.G. and ATKINSON R.M.
Responses of extremely obese patients to starvation.
Psychosom. Med. 28 : 227-246, 1966.
- 64 - KOTKOV B., GOODMAN M.
The D.A.P. of obese women.
J. Clin. Psychol., 9 : 362-364, 1953.
- 65 - LACAN J.
Ecrits.
Editions du Seuil, 1966.
- 66 - LEFLEY H.P.
Masculinity Femininity in obese women.
J. Consult. Clin. Psychol. 37 : 180-186, 1970.
- 67 - MACHOVER K.
Personality projection in the drawing of the human figure.
Springfield III : Thomas, 1949.
- 68 - MADONA F.
Les obésités féminines difficiles. Notions actuelles et perspectives thérapeutiques à travers une approche psychologique complémentaire.
Thèse Lyon, (septembre) 1977.

- 69 - MARAIS H.C., STRUEMPFER D.J.W.
DAP Body Image disturbance scale and quality of drawing.
Perceptual and Motor Skills 21 : 196, 1965.
- 70 - MARTY P., MUZAN M. (de)
La pensée opératoire.
Rev. Franç. Psycho-anal. 27 : 345-356, 1963.
- 71 - MC GREGOR F.C., ABEL T.M., BRYT A., LAUER E., and
WEISSMAN S.
Facial Deformities and Plastic Surgery : A Psychosocial Study.
Springfield, III : Charles C. Thomas, 1953.
- 72 - MC KINNEY J.P., RABINOVITCH M.S.
Development of Body Image.
Unpublished manuscript.
- 73 - MENDELSON M.
Psychological aspects of obesity.
Med. Clin. North Am. 48 : 1373-1385, 1964.
- 74 - MEULDERS M., DUBOISACQ-SCHEPENS
Abrégé de Neuropsychophysiologie.
II. Comportements. Masson, Paris, 1978.
- 75 - MONELLO L.F., and MAYER J.
Obese Adolescent Girls, an Unrecognised "Minority" Group ?
Amer. J. Clin. Nutr. 13 : 35-39, 1963.
- 76 - NOWLIS V. and NOWLIS H.H.
The description and analysis of mood.
Ann. N.Y. Acad. Sci. 65 : 345-355, 1956.
- 77 - ORBACH J., TRAUB A.C., and OLSON R.
Psychological Studies of Body Image.
Arch. Gen. Psychiat. 12 : 41-47, 1966.
- 78 - OWEN M.
Perception of Simultaneous Tactile Stimuli in Emotionally Disturbed
Children and its Relation to their Body Image Concept.
J. Nerv. Ment. Dis. 121 : 397-401, 1955.
- 79 - POOL J.L., BRIDGES T.J.
Subcortical Parietal Lobotomy for Relief of Phantom Limb Syndrome
in Upper Extremity.
Bull. N.Y. Acad. Med. 30 : 302-309, 1954.
- 80 - REITMAN and CLEVELAND
Changes in body image following sensory deprivation in schizophrenic
and control groups.
J. Abnorm. Soc. Psychol. 68 : 168-176, 1964.

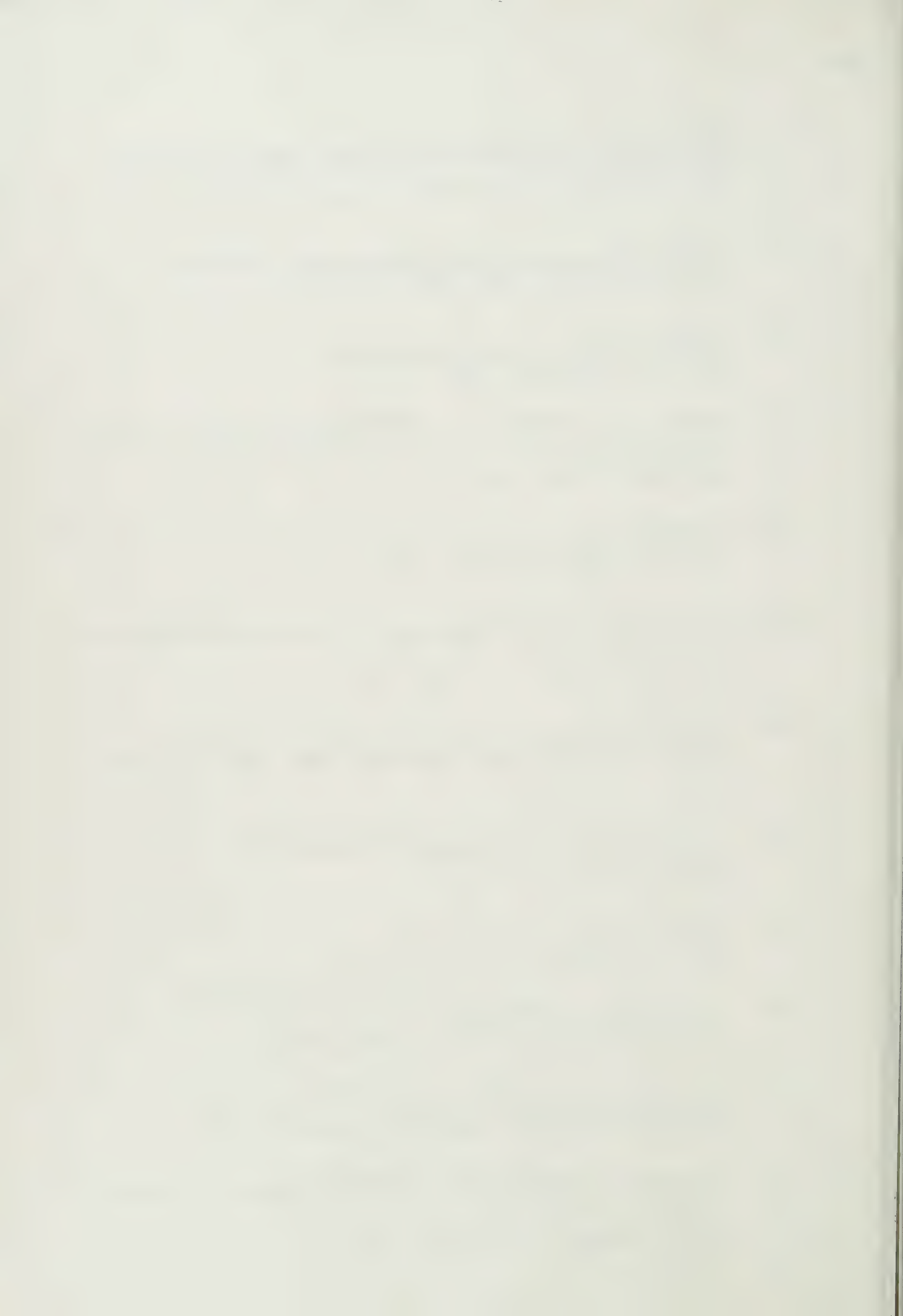
- 81 - ROBACK H.B.
Human figure Drawings : their utility in the clinical psychologist's armamentarium for personality assessment.
Psychol. Bull. 70 : 1-19, 1968.
- 82 - ROGERS C.R.
Le développement de la personne.
BORDAS, Paris, 1968.
- 83 - RORSCHACH H.
Psychodiagnostic.
PUF, 1ère édit., 1947. 5ème édit., 1976.
- 84 - ROSOLATO G.
Recension du corps.
Nouv. Rev. Psychanal. 3 : 5-28, 1971.
- 85 - ROSOLATO G.
L'axe narcissique des dépressions.
Nouv. Rev. Psychanal. 11 : 5-34, 1975.
- 86 - ROWLAND C.V. Jr
Psychotherapy of six hyperobese adults during total starvation.
Arch. Gen. Psychiat. 18 : 541-548, 1968.
- 87 - SALKIN J.
Body Ego technique, an educational and therapeutic approach to body image and self identity.
Charles C. Thomas books, 1973.
- 88 - SAVAGE C.
Variations in Ego Feeling Induced by D-Lysergic Acid Diethylamide.
Psychoanal. Rev. 42 : 1-16, 1955.
- 89 - SCHILDER P.
L'image du corps.
GALLIMARD, 1968

The image and appearance of the human body.
N.Y. International Universities Press, Inc, 1950.
Londres, K. Paul Trench Trubner, 1935.
- 90 - SCHONFELD W.A.
Gynecomastia in Adolescence : Effect on Body Image and Personality Adaptation.
Psychosom. Med. 24 : 379-389, 1962.
- 91 - SCHONTZ F.C.
Perceptual and Cognitive Aspects of Body Experience.
N.Y. Academic Press, 1969.

- 92 - SCHOTT B., TRILLET M., MICHEL D.
Apraxies.
Encycl. Med. Chir. (Paris), Neurologie, Fasc. 17022, A 10 (septembre) 1975.
- 93 - SHIPMAN W.G. and PLESSET M.R.
Anxiety and depression in obese dieters.
Arch. Gen. Psychiat. 8 : 530-535, 1963.
- 94 - SIMMEL M.L.
Conditions of occurrence of Phantom Limbs.
Proc. Amer. Phil. Soc. 102 : 492-500, 1958.
- 95 - SIMON L.
Obesity as a depressive equivalent.
J.A.M.A., 1 : 208-210, 1963.
- 96 - SLADE P.D. and RUSSELL G.F.M.
Experimental investigations of bodily perception in anorexia nervosa and obesity.
Psychother. Psychosom. 22 : 359-363, 1973.
- 97 - SPITZ R.A.
La première année de la vie de l'enfant.
PUF, Paris, 1954.
- 98 - STRATTON C.M.
Vision without Inversion of Retinal Image.
Psychol. Rev. 4 : 341-360, 463-481, 1897.
- 99 - STUNKARD A.J.
The dieting depression : Untoward responses to weight reduction.
Am. J. Med. 23 : 77-86, 1957.
- 100 - STUNKARD A.J., and BURT V.
Obesity and the Body Image : II. Age at onset of Disturbances in the Body Image.
Amer. J. Psychiat. 123 : 1443-1447, 1967.
- 101 - STUNKARD A.J. and MENDELSON M.
Obesity and the Body Image : I. Characteristics of Disturbances in the Body Image of Some Obese Persons.
Amer. J. Psychiat. 123 : 1296-1300, 1967.
- 102 - STUNKARD A., RUSH J.
Dieting and depression reexamined.
Ann. Int. Med. 81 : 526-533, 1974.
- 103 - SUCZEK R.F.
The group approach to weight reduction 2 Psychologic aspects of obesity and group weight reduction.
J. Am. Diet. Assoc. 30 : 442-446, 1954.



- 104 - SWANSON D.W. and DINELLO F.A.
Severe obesity as a habituation syndrome : Evidence during a starvation study.
Arch. Gen. Psychiat. 22 : 120-127, 1970.
- 105 - SWENSEN C.H.
Empirical evaluations of human figure drawings, 1957-1966.
Psychol. Bull. 70 : 20-44, 1968.
- 106 - SYMTHIES J.R.
Experience and Description of Human Body.
Brain 76 : 132-146, 1953.
- 107 - TEUBER H.L., KRIEGER H.P., BENDER M.B.
Reorganization of sensory fonction in amputation stumps : two points discrimination.
Fed. Proc. 8 : 156, 1949.
- 108 - TINBERGEN N.
Social Behavior in Animals.
New York : John Wiley & Sons, 1962.
- 109 - TRAUB A.C., and ORBACH J.
Psychological Studies of Body-Image : I. The ajustable Body Distorting Mirror.
Arch. Gen. Psychiat. 11 : 53-66, 1964.
- 110 - TZAVARAS A.
Droitiers et gauchers.
Encycl. Méd. Chir. (Paris), Neurologie, Fasc. 17022 C. 10 (mars) 1978.
- 111 - SELYE Hans (VAN)
Le stress de la vie, le problème de l'adaptation.
Gallimard, Paris, 1975.
- 112 - WALLS G.L.
Problem of Visual Direction.
Amer. J. Optom. 117 : 1-101, 1951.
- 113 - WAYSFELD B., LE BARZIC M., AIMEZ P., GUY-GRAND B.
Pensée opératoire in obesity
Psychother. Psychosom. 28 : 127-132, 1977.
- 114 - WAYSFELD B., LE BARZIC M., GUY-GRAND B.
Approche pathologique de l'obésité.
Rev. Méd., Paris 29 : 2405-2414, (décembre) 1978.
- 115 - WEINBERG N., MENDELSON M., STUNKARD A.
A failure to find distinctive personality features in a group of obese men.
Am. J. Psychiat. 2 : 1035-1037, 1960.



- 116 - WERKMAN S.L., GREENBERG E.S.
Personality and interest patterns of obese adolescent girls.
Psychosom. Med. 29 : 72-80, 1967.

- 117 - WERNER H., WAPNER S.
Sensory-Tonic Field Theory of Perception.
J. Personality 18 : 88-107, 1949.

- 118 - WITKIN H.A. et al.
Personality through Perception.
New York : Harper in Brothers, 1954.



